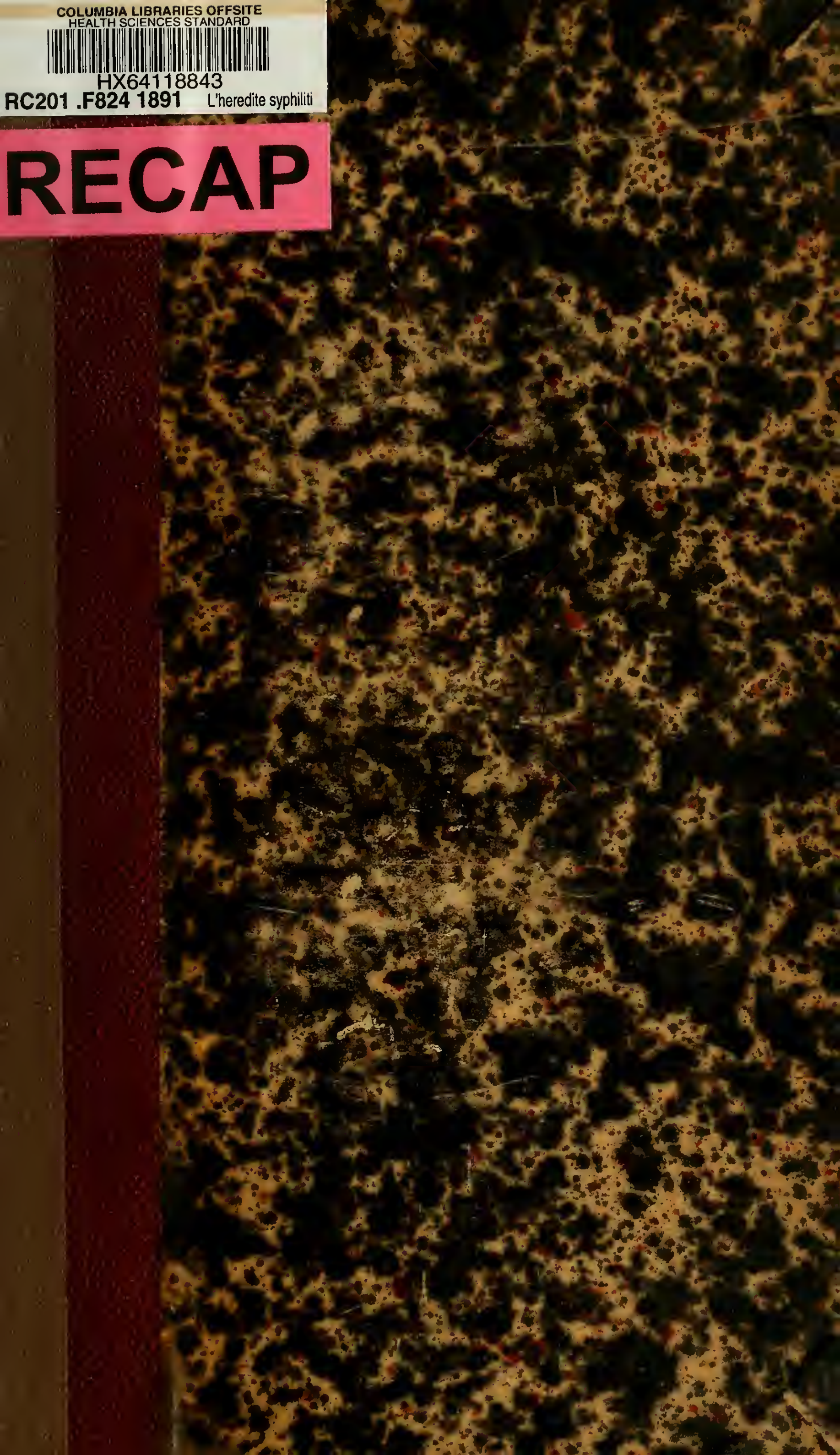
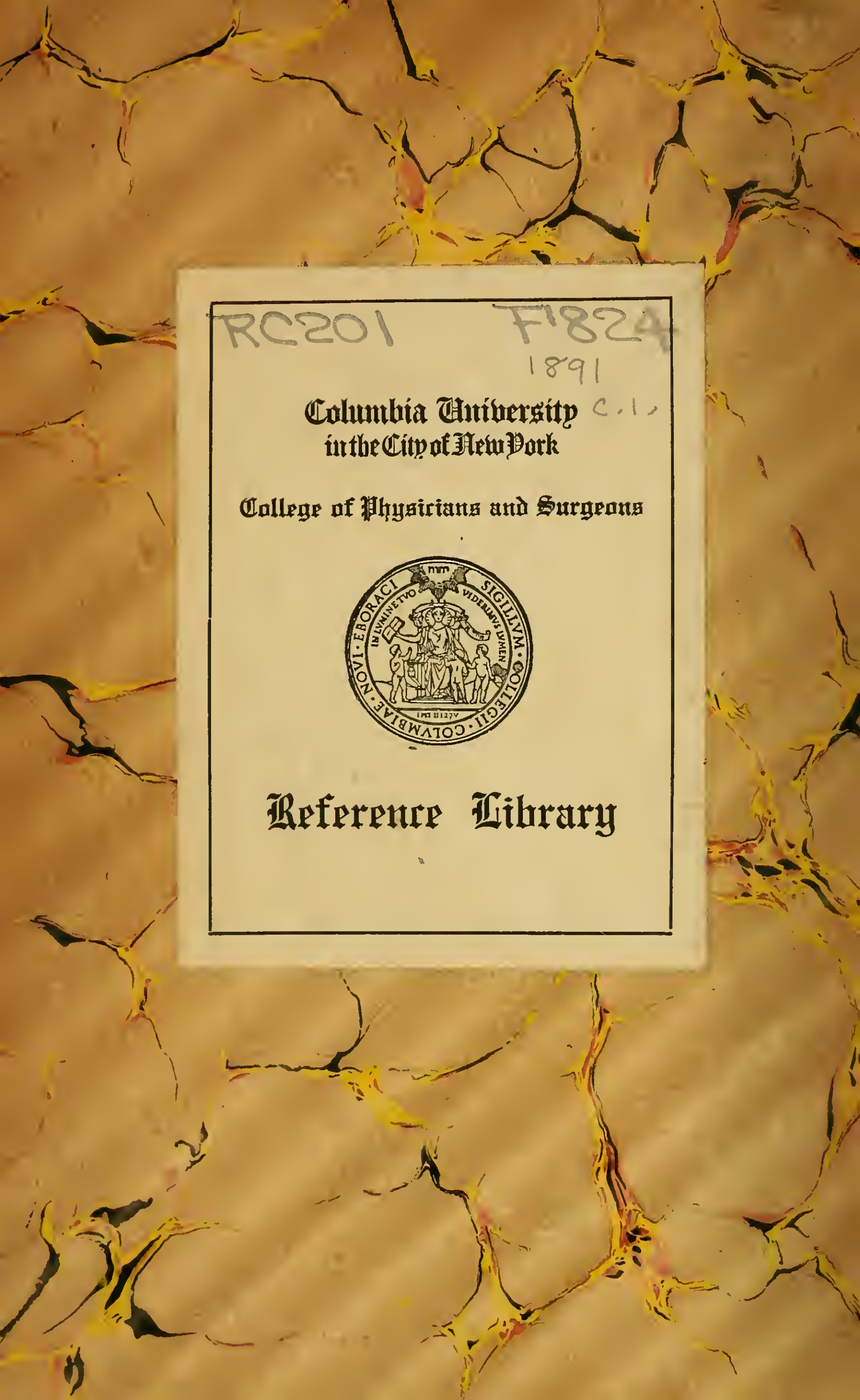
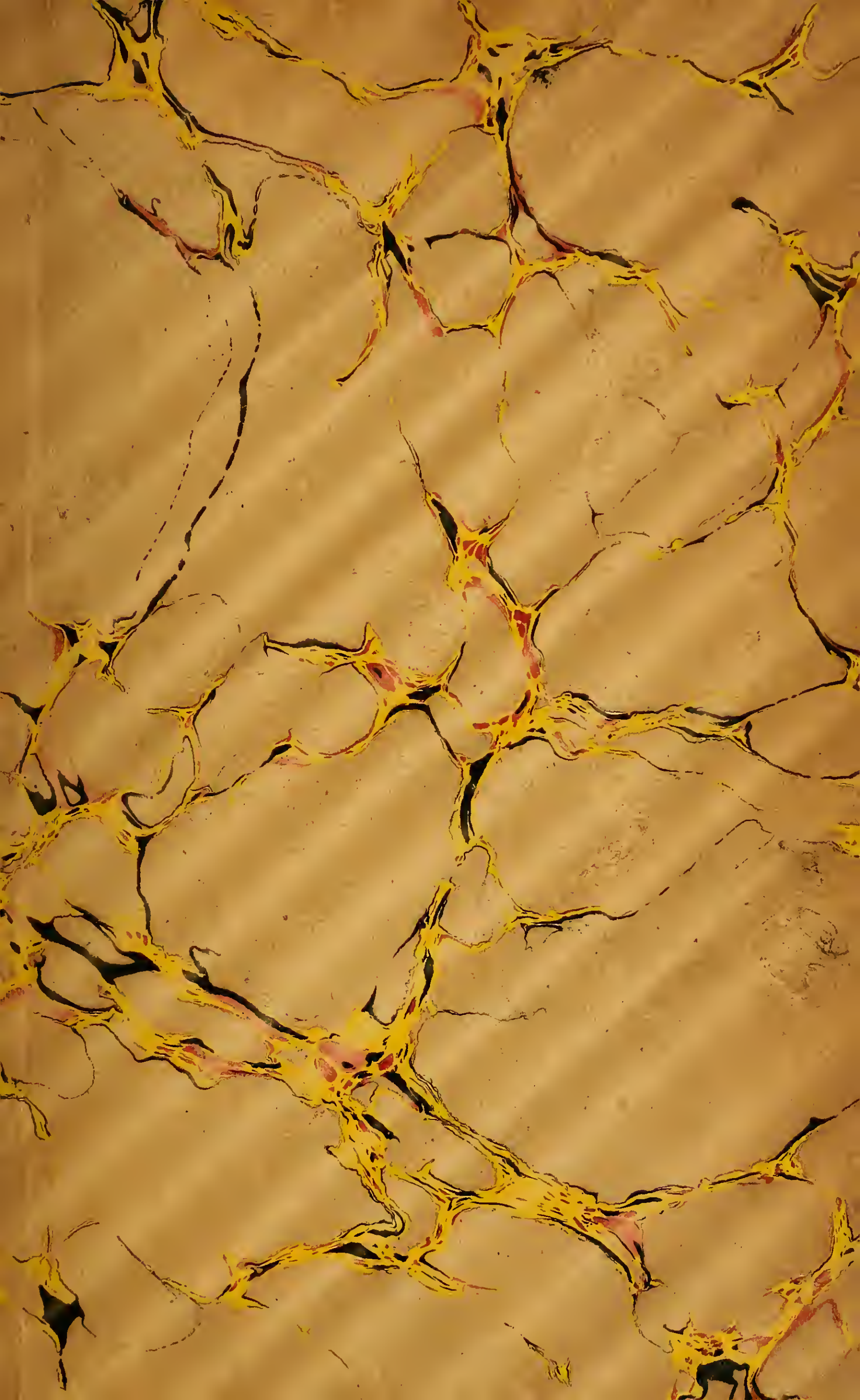


COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD
HX64118843
RC201 .F824 1891
L'heredite syphiliti
RECAP



RC201 F82A
1891
Columbia University C.1
in the City of New York
College of Physicians and Surgeons
SIGILLVM COLLEGII COLVMBIAE NOVI EBORACI
IN LVMINE TVO VIDEBIMVS LVMEN
Reference Library



L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE

DU MÊME AUTEUR

Syphilis et Mariage. — 2e édition entièrement refondue.

Leçons cliniques sur la Syphilis, étudiée plus particulièrement chez la femme. — 3e édition.

La Syphilis du cerveau, leçons recueillies par E. Brissaud. (*Épuisé.*)

De l'Ataxie locomotrice d'origine syphilitique (tabes spécifique). — 1 volume in-8°.

Leçons sur la période préataxique du tabes d'origine syphilitique, recueillies par W. Dubreuilh. — 1 volume in-8°.

La Syphilis héréditaire tardive. — 1 volume grand in-8° avec 31 figures.

Leçons sur la Syphilis vaccinale, recueillies par le Dr P. Portalier. — 1 vol. in-8°.

Prophylaxie publique de la Syphilis. Rapport à l'Académie de médecine, 1887.

Traitement de la Syphilis (Sous presse).

21942. — Paris. Imprimerie Lahure, rue de Fleurus, 9.

ALFRED FOURNIER

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,
MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE

LEÇONS CLINIQUES, RECUEILLIES ET RÉDIGÉES PAR

LE Dr P. PORTALIER

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

M DCCCXCI



L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE

Messieurs,

Je me propose de consacrer quelques-unes des conférences de cette année à l'étude de l'hérédité syphilitique.

Il serait vraiment inutile, je crois, de vous démontrer par un long préambule l'importance de cette grande, complexe et difficile question. Qu'il me suffise de vous dire d'une façon toute sommaire qu'un triple intérêt s'y rattache, à savoir :

1° Intérêt *scientifique,* ressortissant à toute une série de questions les plus dignes de fixer l'attention et les méditations des médecins, telles que les suivantes, par exemple :

La syphilis est-elle héréditaire ?

Si elle est héréditaire, comment l'est-elle ? — De par le père, de par la mère, de par l'influence combinée des deux géniteurs ?

A quelle étape et jusqu'à quelle échéance de sa longue carrière la syphilis est-elle susceptible d'exercer son action héréditaire ?

Sous quelles formes morbides se traduit cette transmission par hérédité ?

Est-il des correctifs connus à cette influence héréditaire? — Le temps, en particulier, suffit-il à l'épuiser? — Le traitement spécifique peut-il l'atténuer, voire l'éteindre?

Et ainsi de suite pour tant et tant d'autres problèmes qu'il serait superflu d'énoncer quant à présent, mais qui s'imposeront à notre examen dans l'exposé qui va suivre.

2° Intérêt *pratique*. — N'est-ce pas, en toute évidence, à la solution des divers problèmes précédents que se rattache celle de multiples et importantes questions de pratique, toutes corrélatives au même sujet? A savoir, pour citer encore au préalable quelques exemples :

Comment diminuer, voire conjurer, s'il est possible, l'influence héréditaire de la syphilis?

Quand et dans quelles conditions un homme qui a contracté la syphilis peut-il, médicalement, aspirer au mariage?

Faut-il traiter une femme syphilitique en état de grossesse? — Et comment ?

Faut-il traiter, bien que saine, une femme enceinte qui a conçu un enfant d'un mari syphilitique?

Peut-on confier à une nourrice un enfant issu

d'un couple syphilitique, d'une mère syphilitique, d'un père syphilitique?

Etc., etc.

3° Intérêt *social*, oserai-je dire en troisième lieu. Car ce mot a-t-il rien d'exagéré en face de l'effroyable mortalité que l'hérédité syphilitique inflige aux familles? Alors que cette mortalité s'élève jusqu'au rang d'un véritable facteur de dépopulation, ainsi que je le démontrerai ultérieurement, ne constitue-t-elle pas un dommage public et une véritable calamité *sociale?* N'appelle-t-elle pas, autant qu'elle les légitime, des mesures de prophylaxie *sociale* contre un fléau susceptible de tels désastres?

Donc, et sans qu'il y ait besoin d'insister davantage, vous comprenez de reste qu'à des titres divers la question de l'hérédité syphilitique est de celles qui s'imposent à l'étude du médecin et de l'hygiéniste en raison même des conséquences qu'elle comporte, conséquences multiples et variées, toutes intéressantes, quelques-unes même capitales, ainsi que vous en jugerez bientôt.

I

Certes, cette question n'est pas neuve, puisqu'elle remonte jusqu'à Paracelse, qui paraît avoir été le premier sinon à comprendre, au moins à affirmer d'une façon catégorique le caractère héréditaire

du mal français, lequel, parfois, dit-il, *fit morbus hereditarius et transit a patre ad filium*. Certes, elle a été, depuis plus de trois siècles, le sujet de nombreux et fort intéressants travaux. Gardez-vous cependant de la considérer comme une question jugée, épuisée, sur laquelle toute discussion soit close. Bien loin de là ! A coup sûr, quelques-uns des multiples problèmes qu'elle comporte ont été élucidés par ce labeur de trois siècles ; mais, à côté de ceux-là, que d'autres restent encore à l'étude et attendent leur solution ! Pour un peu de lumière péniblement acquise, que d'ombre encore à dissiper ! Nos prédécesseurs éloignés n'ont fait, pour ainsi dire, que défricher le terrain. La laborieuse génération de ce siècle, bien qu'elle ait poussé plus avant la tranchée, n'a encore accompli, en dépit de ses efforts, qu'une partie de l'œuvre totale à réaliser, et, pour avoir beaucoup fait, elle n'en a pas moins laissé beaucoup à faire à la génération suivante.

De cela ne soyez pas trop étonnés, messieurs ; car il est à cette imperfection de nos connaissances en la matière une double raison que voici :

C'est, d'abord, que la question de l'hérédité syphilitique est essentiellement complexe et singulièrement fertile en difficultés de toute espèce. Elle comporte quantité de problèmes et de problèmes d'un genre tout spécial, dont plusieurs ne peuvent trouver leur solution que dans la clientèle de ville et grâce à la fréquentation prolongée des mêmes familles.

C'est, en second lieu, que cette question est de celles qui s'étendent et s'élargissent à mesure qu'elles sont plus explorées. Fort souvent, en l'espèce, une difficulté vaincue, c'est-à-dire une vérité découverte, n'a servi qu'à mettre en perspective un obstacle nouveau, c'est-à-dire un problème nouveau, auquel on n'avait même pas songé jusqu'alors. Sans compter que plus d'une fois le bilan de ce que l'on considérait comme des vérités acquises s'est trouvé soudainement réduit par l'avènement d'un fait inattendu, venant ébranler ou ruiner d'anciennes croyances. Plus d'une fois la vérité de la veille est devenue de la sorte l'erreur du lendemain. C'est ainsi, pour prendre un exemple, que l'authenticité de la syphilis héréditaire *tardive* a mis à néant certains résultats qu'on avait pu regarder comme démontrés et définitivement acquis. On vivait sur cette croyance qu'un enfant resté indemne de toute manifestation syphilitique au cours de ses premiers mois était bien sûrement et définitivement un enfant sain. Puis, aujourd'hui, voici que cedit enfant peut n'être en réalité qu'un sujet syphilitique chez lequel l'infection ne se révèlera que *tardivement*, chez lequel la syphilis n'entrera en évolution apparente que dans un avenir plus ou moins éloigné, c'est-à-dire cinq, dix, quinze ans après sa naissance, voire plus tard encore peut-être. Et alors, en face de ce fait nouveau, de cette acquisition scientifique née d'aujourd'hui, pour ainsi dire, que sont devenus les

résultats et les statistiques de la veille, qui nous représentaient comme sûrement indemne de toute tare héréditaire un enfant épargné au cours du premier âge? Autant de labeurs perdus; autant de travaux à recommencer et dans des conditions nouvelles d'observation.

Aussi bien, pour ces raisons et d'autres encore que je passerai sous silence, l'exposé qui doit suivre contiendra-t-il — soyez en prévenus et n'en éprouvez point de surprise —, à côté de démonstrations acquises et probablement, voire sûrement définitives, de nombreux points encore indéterminés, controversés et controversables, au total incertains, litigieux; sans parler même de nombreuses lacunes qu'il est encore impossible de combler dans l'état actuel de nos connaissances.

Aussi bien, donc, mon rôle sera-t-il double en définitive, et c'est ainsi, je pense, qu'il m'incombe de le comprendre, à savoir :

D'une part, vous exposer ce que d'ores et déjà *nous savons* — ou croyons savoir;

D'autre part, vous signaler ce que *nous ne savons pas*, ce qui reste à l'étude, et vous le signaler avec non moins de soin, en vue d'appeler sur ces obscurités et ces desiderata du sujet l'attention, les recherches, les efforts des observateurs.

Un mot encore pour en finir avec ce préambule.

Il va sans dire que, pour ces conférences, je m'inspirerai largement du stock immense de travaux

de mes prédécesseurs et de mes contemporains, travaux dont je ne cite aucun pour l'instant parce que j'aurai plus tard à en citer bon nombre en leur lieu et place. Mais, vous le pressentez de reste, j'aurais été bien imprudent et bien osé d'aborder un tel sujet, si je ne m'y étais préparé — et de longue date — par des recherches personnelles. J'apporte donc à la question mon contingent de matériaux personnels. Depuis plus de vingt-cinq ans je me suis efforcé de pénétrer quelques-uns des mystères de cette si difficile question de l'hérédité syphilitique, et j'ai collectionné dans ce but plusieurs centaines d'observations sur la matière (six cents environ). Ces observations, que j'ai recueillies au jour le jour, sans esprit préconçu, sans attache à aucune doctrine, à aucun système, j'ai le droit de les considérer, sauf erreur diagnostique de ma part, comme l'expression de la vérité prise sur nature. C'est à cette source d'informations cliniques que je puiserai le plus souvent, pour la discussion des nombreux problèmes que nous allons avoir à examiner.

II

Ces quelques préliminaires établis, entrons de suite en matière.

Et, tout d'abord, délimitons bien exactement notre sujet.

Je viens vous parler, vous ai-je dit, de l'hérédité syphilitique. Or, que faut-il entendre par ce terme? Qu'est-ce, pour nous, que l'hérédité syphilitique?

Chaque science a sa langue, et la médecine surtout a la sienne, dont les mots ont parfois un sens, une attribution, qu'ils ne comportent pas dans le langage usuel. C'est précisément le cas ici.

Hérédité, dans le langage courant, n'a pas d'acception plus limitée que celle-ci : transmission des ascendants aux descendants, des géniteurs aux enfants. Hérédité, comme l'enseignent tous les dictionnaires, se dit de « la condition organique en « vertu de laquelle les dispositions, les manières « d'être corporelles ou mentales, physiologiques « ou morbides, passent des parents aux enfants ».

Si bien que, pour un homme du monde, la transmission d'une maladie quelconque par voie de génération (la transmission de la goutte, par exemple, d'un père à son enfant) constitue un acte d'hérédité et détermine ce qu'il convient d'appeler une maladie héréditaire.

Si bien aussi que, pour le même homme du monde, une maladie, telle que la variole, venant à être contractée par une femme en état de grossesse, puis à être transmise au fœtus, sera également une maladie héréditaire, pour cette raison qu'elle aura « passé » de la mère à l'enfant.

Voilà, pour le langage courant, pour la langue que nous parlons tous en dehors de nos amphi-

théâtres ou de nos livres, la signification élastique du mot *hérédité*.

Mais, en médecine, dans la langue médicale, le mot *hérédité* comporte une signification autre, plus circonscrite, mieux définie.

L'hérédité, pour le médecin, n'est plus « tout ce qui passe des ascendants aux descendants » ; c'est seulement (et cela d'une façon conventionnelle, car les mots ne sont jamais qu'affaire de convention) ce qui est transmis *lors de la fécondation*. C'est l'apport fait au germe, au futur embryon, des qualités propres aux deux cellules génératrices (spermatozoaire et ovule), au moment où de la conjonction de ces deux éléments résulte l'acte mystérieux de la fécondation.

Voilà, exactement et strictement, ce qu'est l'hérédité au sens *médical* du mot.

En sorte qu'il n'est pour le germe, pour l'ovule fécondé, pour l'être créé, d'autres dispositions héréditaires que celles qui préexistent, chez ses ascendants, à l'acte de la fécondation.

En sorte qu'une maladie transmise des parents à l'enfant ne sera taxée, médicalement, de maladie héréditaire que si elle préexiste chez les parents à l'acte de la fécondation ; — et qu'inversement une maladie transmise à l'enfant au delà du moment de la fécondation ne sera pas un acte d'hérédité, ne sera pas considérée comme maladie héréditaire.

Je précise, en reprenant les exemples précités.

Un homme goutteux de vieille date, je suppose, engendre aujourd'hui un enfant qui sera goutteux. La goutte transmise à cet enfant sera pour nous d'ordre héréditaire.

Une femme enceinte de trois mois contracte aujourd'hui la variole, puis la transmet à son enfant. Cette variole de l'enfant sera ce que vous voudrez, par exemple une variole par infection ou contagion intra-utérine, mais elle ne sera pas, pour nous, une variole héréditaire.

Ainsi le veut du moins l'acception accordée médicalement au mot hérédité.

Eh bien, ne discutons pas sur le bien ou le mal fondé d'une telle terminologie. Laissons au mot *hérédité* le sens que les conventions et l'usage lui ont assigné parmi nous ; et, en ce qui concerne notre sujet spécial, disons, puisqu'ainsi le veut la tradition :

1° Que, pour nous et médicalement, la syphilis héréditaire est celle qui dérive pour le fœtus d'une syphilis des ascendants *antérieure à la procréation ;*

2° Et que, pour la même raison, ne saurait être considérée comme d'ordre héréditaire la syphilis qui peut être transmise au fœtus au delà de ce terme, c'est-à-dire postérieurement à la procréation.

De peur d'ambiguïté, spécifions mieux encore, en ajoutant ceci comme commentaire :

Soit un père syphilitique qui, aujourd'hui, je suppose, engendre un enfant ; ou soit, de même,

une mère syphilitique qui conçoit aujourd'hui un enfant. Ledit enfant naîtra avec la syphilis ; ou bien (car cela est indifférent en l'espèce), après être né sain en apparence, il présentera quelques semaines ou quelques mois plus tard des accidents non douteux de syphilis. Dans ce cas, la syphilis dont il sera infecté sera pour nous une syphilis d'ordre *héréditaire*. Pourquoi? Parce que cet enfant aura reçu la syphilis de tel ou tel de ses ascendants infecté de syphilis avant l'époque de la procréation.

Au contraire, voici une femme enceinte et saine. Au cours de sa grossesse, elle contracte la syphilis et la transmet à son enfant. La syphilis de cet enfant ne sera pas pour nous une syphilis *héréditaire*. Pourquoi? Parce que la mère de cet enfant n'était pas en état de syphilis au moment même de la fécondation.

Rien de plus simple donc — et cela dans les termes comme dans les choses — que cette distinction entre la syphilis héréditaire et la syphilis par contamination intra-utérine.

Cela dit, ajoutons maintenant que cette façon d'envisager l'hérédité, de la différencier de l'infection post-conceptionnelle, n'est pas seulement affaire de mots. Elle est empreinte tout au contraire du plus sain esprit médical ; elle répond à des différences cliniques que nous aurons à signaler et à apprécier plus tard.

A priori, en effet, le bon sens préjuge que très différentes, à divers titres, doivent être deux maladies dont l'une naît avec le germe, fait pour ainsi dire partie du germe qu'elle infecte dès le premier instant de sa formation, et dont l'autre se borne à sévir sur un fœtus déjà plus ou moins formé, déjà plus ou moins avancé dans son développement.

Puis, *a posteriori,* l'observation confirme cette induction, en montrant que la véritable syphilis héréditaire est infiniment plus grave pour le fœtus, infiniment plus meurtrière pour lui (sans parler de différences d'un autre genre) que la syphilis dont il vient à être affecté à diverses périodes de sa vie intra-utérine.

Mais n'anticipons pas sur ce qui doit suivre.

De ce qui précède il résulte, en somme, qu'il n'est d'autre syphilis héréditaire, au sens médical du mot, que la syphilis reçue par l'enfant de parents *en état de syphilis au moment même de la procréation.*

Par conséquent, nous voici en droit d'élaguer de notre sujet toute une série de cas qui lui sont étrangers, à savoir tous ceux où l'enfant apporte en naissant une syphilis qu'il a reçue de sa mère alors que sa mère a reçu elle-même la syphilis au cours de sa grossesse. De tels cas, en effet, ne nous concernent pas, ne rentrent pas dans notre cadre. Nous n'aurons pas à en parler, si ce n'est peut-être accidentellement et à titre de parallèle, de comparaison.

III

Tout d'abord, l'obligation m'incombe-t-elle, au seuil de cet exposé, de faire la preuve du sujet qui va nous occuper, c'est-à-dire de démontrer par une série de faits cliniques l'authenticité de cette hérédité syphilitique?

Je ne le crois pas. Car il est des démonstrations vraiment superflues, il est des vérités courantes qu'on ne discute plus, et l'hérédité syphilitique est certes de ce nombre.

Je sais bien que cette hérédité a été niée. Je sais bien qu'on a tenté de la récuser, en cherchant à l'expliquer de diverses façons, soit par une infection de l'enfant « au passage », lors de l'accouchement, soit par la « pénétration du sang maternel dans la veine ombilicale de l'enfant, au moment du décollement du placenta » ; hypothèses, pour le dire incidemment, aussi inacceptables, aussi déraisonnables que possible, puisque les lésions de l'hérédité syphilitique préexistent souvent à la naissance et se rencontrent à l'état accompli chez le fœtus. Mais ces paradoxes, ces révoltes contre la suprême évidence d'un fait clinique avéré par l'observation journalière, ne sauraient nous arrêter ni mériter les honneurs d'une réfutation en règle.

Aussi bien ne m'attarderai-je pas à établir devant vous l'authenticité de l'hérédité syphilitique par un

long défilé de pièces, de témoignages, d'observations particulières dont bon nombre d'ailleurs trouveront place dans les divers chapitres de l'exposé qui va suivre.

Je me bornerai tout simplement à vous dire :

L'hérédité syphilitique est actuellement au nombre des vérités acquises, agréées de tous, supérieures à toute contestation, à toute controverse ; acceptez-la donc comme telle.

Et ce sera, je crois, faire bien meilleur emploi de votre temps de substituer à une démonstration inutile une entrée en matière d'un tout autre genre.

Aussi, comme préface, comme introduction à notre sujet, vais-je essayer de vous donner une idée générale de ce que réalise l'hérédité syphilitique. Certes, c'est là un point que nous aurons plus tard à reprendre en détail et qui même devra nous occuper longtemps, eu égard à son importance, à la multiplicité et à la diversité des accidents morbides qui peuvent dériver de l'infection héréditaire. Mais il ne me semble pas moins qu'un exposé sommaire de ce que produit ou peut produire l'hérédité syphilitique a sa place naturellement indiquée au début d'une étude sur la matière, ne serait-ce qu'en vue de vous initier à l'ensemble du sujet qui va nous occuper, de vous en découvrir les grandes lignes, de vous en signaler les aperçus principaux.

Comment donc se traduit l'influence héréditaire de la syphilis ?

Par des manifestations essentiellement multiples et variées, infiniment plus multiples et plus variées qu'on ne le croit généralement et que ne l'admet surtout l'école anatomo-pathologique.

Mais enfin, si nombreuses et si diverses que soient ces manifestations, il n'est pas impossible, pour la clarté d'une exposition dogmatique, de les ranger sous un certain nombre de chefs. C'est ce que j'ai tenté de faire. D'après moi, donc, ces manifestations pourraient être différenciées de la façon que je vais dire et catégorisées en cinq groupes :

1° Accidents de syphilis proprement dits ;

2° Cachexie fœtale, aboutissant d'une façon ou d'une autre à ce que j'appelle l'inaptitude à la vie ;

3° Troubles dystrophiques, généraux ou partiels ;

4° Malformations congéniales ;

5° Prédispositions morbides.

Quelques commentaires sur chacun de ces points.

I. — La résultante la plus naturelle de l'hérédité syphilitique, c'est la production, sur l'héritier de parents syphilitiques, d'*accidents de syphilis*. L'enfant issu d'ascendants syphilitiques apporte avec lui *la syphilis*, laquelle se traduit sur lui par des manifestations d'ordre syphilitique.

Rien que de très simple à cela ; rien que d'absolument connu, d'incontestable et d'incontesté.

Ajoutons simplement qu'au point de vue chrono-

logique l'entrée en scène de la syphilis héréditaire sur l'enfant est variable comme échéance. A cet égard trois ordres de cas peuvent se produire :

1° Tantôt l'infection syphilitique se traduit *avant* la naissance, *in utero*. C'est ainsi que des enfants viennent au monde avec des accidents syphilitiques en pleine évolution. De même on a rencontré des lésions indéniables de syphilis sur des fœtus expulsés avant le terme normal de l'accouchement.

Ce premier ordre de cas constitue ce qu'on a appelé la *syphilis fœtale*.

2° Tantôt, et bien plus habituellement, la syphilis ne se manifeste que quelques semaines ou quelques mois après la naissance.

3° Tantôt enfin, mais d'une façon plus rare, il peut se faire que, latente au moment de la naissance, latente encore pendant les premières années de la vie, la syphilis n'entre en évolution apparente qu'à échéance plus ou moins reculée, par exemple à l'âge de 3 ans, de 5 ans, de 10 ans, de 15 ans, de 20 ans, voire plus tard encore.

C'est là l'ordre des syphilis héréditaires auxquelles on a donné le nom de *syphilis héréditaires tardives*[1].

II. — Mais, contrairement à une opinion par malheur trop accréditée, l'hérédité syphilitique ne

1. Dans une publication antérieure, à laquelle je renvoie le lecteur, j'ai étudié d'une façon spéciale cette hérédité tardive, à longue portée. — V. *Syphilis héréditaire tardive*, Paris, G. Masson, 1886.

se traduit pas exclusivement par des manifestations d'ordre syphilitique. Elle se traduit encore, et tout aussi souvent, plus souvent même, dirai-je, par quantité de phénomènes, qui, pour n'avoir plus, comme lésions et comme symptômes, l'apparence, l'allure, le cachet syphilitique, n'en sont pas moins des conséquences indéniables de la syphilis.

On croit trop que la syphilis, maladie spécifique, se restreint à des manifestations et à des lésions d'ordre spécifique. Erreur profonde, erreur d'anatomo-pathologistes exclusifs et à courte vue, erreur à laquelle l'observation inflige un démenti journalier. Non, certes, la syphilis « ne fait pas que de la syphilis », comme on l'a dit à tort. Elle fait autre chose. Elle ne réagit pas seulement sur ses victimes en tant que maladie spécifique et de par son poison propre, sa *toxine* propre ; elle réagit aussi sur elles en tant que maladie générale, et cela de par la perturbation profonde qu'elle importe dans l'organisme, de par la crase humorale dont elle l'affecte, de par le tempérament qu'elle modifie, la santé qu'elle altère, etc. Et ces influences d'un autre ordre, d'un ordre non spécifique, se traduisent souvent par telles ou telles manifestations morbides qui, pour être issues de la syphilis comme *origine*, n'ont cependant plus rien de syphilitique comme *nature*.

Pour ma part, une des convictions qu'a le plus solidement implantées dans mon esprit l'étude assidue de la syphilis, c'est que cette grande maladie n'est pas seulement, exclusivement, une affection à

symptômes et à lésions syphilitiques. Non, la syphilis n'est pas cela seulement. Je me la représente comme une individualité pathologique plus complexe. Je me la représente non seulement comme une intoxication spécifique, mais encore comme une maladie générale vulgaire, laquelle, à ce titre, peut faire tout ce que fait une maladie de ce genre. A ce titre, donc, c'est une maladie qui, par la réaction qu'elle exerce sur l'organisme, est susceptible d'éveiller, à côté de ses troubles propres, des troubles d'un autre ordre, par exemple de s'en prendre à ce qu'on appelle vulgairement « la santé », d'amoindrir la résistance vitale, de retentir sur le développement, de créer des déchéances organiques et des prédispositions morbides, de constituer en un mot toute une catégorie d'accidents qui ne sont plus de la syphilis, mais qui en sont des dérivés indirects et auxquels pour ce motif j'ai proposé d'appliquer le nom de *parasyphilitiques*.

Les accidents de ce genre n'ont plus rien, à coup sûr, de syphilitique comme essence, comme nature; et l'anatomo-pathologiste pourra bien les récuser, sur la table d'amphithéâtre, en tant que lésions ou manifestations d'ordre syphilitique. Mais n'importe; ils n'en sont pas moins syphilitiques *d'origine*, et cela parce qu'ils sont nés de la syphilis, issus de la syphilis, parce qu'ils se sont produits à son propos, de son fait, sous son influence, parce qu'en définitive, sans elle, ils n'auraient pas vu le jour. Et con-

séquemment, de par leur filiation, le médecin ne saurait les distraire du dossier pathologique auquel ils appartiennent, c'est-à-dire les séparer de la syphilis qui en reste étiologiquement responsable.

Eh bien, c'est ainsi, c'est à ce titre qu'on voit fréquemment, très fréquemment, l'hérédité syphilitique se traduire par tels ou tels des phénomènes suivants :

I. — *Cachexie fœtale*, ou incapacité vitale du fœtus, véritable inaptitude à la vie du produit de conception, véritable déchéance originelle, se manifestant de diverses façons, à savoir :

Soit par la mort du fœtus *in utero* (d'où ces avortements, ces accouchements avant terme, si fréquents dans la syphilis héréditaire qu'ils en constituent un des modes d'expression les plus habituels);

Soit par la naissance d'enfants prodigieusement chétifs et misérables, véritables avortons que la mort attend à bref délai;

Soit, enfin, par la naissance d'enfants en apparence plus résistants, mais en réalité si chétifs et vitalement appauvris que, pour la plupart, ils sont emportés par la moindre maladie incidente, que certains même meurent inopinément, sans cause, sans raison, meurent « de rien », suivant le terme ici consacré.

II. — *Troubles dystrophiques, généraux ou partiels*, s'accusant par de curieux retards et de

non moins étonnants arrêts de développement, à savoir :

Lenteur de croissance générale; — lenteur dans l'évolution des dents; — retard dans les fonctions de locomotion; — retard dans l'avènement de la puberté et de la virilité, dans le développement des seins, dans l'apparition des règles, de la barbe et des poils génitaux, etc.

Chacun sait, en effet, que quantité d'enfants hérédo-syphilitiques sont particulièrement remarquables à ces divers points de vue : ils grandissent lentement et péniblement; — ils font leurs dents en retard; — ils ne commencent à marcher, à parler que tardivement, etc., etc.; comme si (ce qui n'est que trop vrai en l'espèce) le développement de tous leurs systèmes était entravé par un vice organique, par une insuffisance native de la nutrition.

Chacun sait de même aujourd'hui que, non pas constamment, mais fréquemment, les syphilitiques héréditaires demeurent, à l'âge adulte, de petits hommes ou de petites femmes, des êtres grêles de formes, réduits de toutes proportions, ratatinés, rabougris, atrophiés. Si bien qu'à 18 ou 20 ans, ils semblent encore des enfants et « trompent sur leur âge », comme on dit vulgairement. En un mot, ce qu'on appelle l'*infantilisme* est un des traits les plus caractéristiques de la syphilis héréditaire[1].

1. J'ai étudié en détail ces divers points dans une publication récente. — V. *De l'influence dystrophique de l'hérédo-syphilis*, Médecine moderne, 1890.

C'est de même encore dans la syphilis héréditaire que l'on observe d'une façon assez commune de curieuses *dystrophies partielles* portant sur certains organes, comme sur les testicules, qui se présentent petits, très petits, voire rudimentaires; — sur les seins qui ne se développent pas; — sur les ovaires, qui peuvent ne pas contenir de vésicules de De Graaf; — sur les os, qui restent pauvres en éléments nobles (phosphate de chaux, carbonate de chaux, osséine), et tout au contraire se surchargent de substances indifférentes[1]; — sur le cerveau, dont l'évolution se trouve matériellement enrayée, etc., etc. Ainsi, en ce qui concerne ce dernier organe, c'est un fait aujourd'hui démontré (même par l'anatomie pathologique) que l'influence héréditaire de la syphilis est susceptible de créer des enfants à développement intellectuel insuffisant, des enfants « *arriérés* », comme on les appelle poliment, des « simples d'esprit », des imbéciles; et il n'est même pas rare de la voir se traduire par une déchéance encore plus accentuée des facultés intellectuelles, déchéance confinant et aboutissant à l'idiotie.

III. — *Malformations congéniales.* — Pour certains observateurs, pour M. le professeur Lannelongue, par exemple, et pour moi, l'hérédité

1. Voir à ce sujet, les intéressants résultats auxquels a abouti mon savant ami le Dr A. Robin, d'après l'analyse chimique d'os provenant d'enfants hérédo-syphilitiques. (*Influence dystrophique de l'hérédo-syphilis*, par A. Fournier, mém. cité, p. 18).

syphilitique peut servir d'origine (et cela par un mécanisme que nous aurons à discuter plus tard) à diverses malformations congéniales, telles que : malformations diverses des membres; — piedbot; — malformations des doigts; — spina bifida; — division de la voûte palatine; — bec-de-lièvre; — asymétrie crânienne; — microcéphalie; — hydrocéphalie; etc., etc. A coup sûr, toutes ces conséquences possibles de l'hérédo-syphilis ne sauraient encore être données comme formelles et irrécusables; mais elles sont, je crois pouvoir le dire, en voie de démonstration.

IV. — *Prédispositions morbides.* — Ce qui est moins douteux, ce qui ressort même, dirai-je, en toute évidence de l'observation clinique, c'est que l'hérédité syphilitique, en raison sans doute de l'état d'appauvrissement relatif qu'elle inflige à l'organisme, constitue une prédisposition puissante à diverses maladies.

Il est incontestable, par exemple, que les enfants hérédo-syphilitiques sont essentiellement sujets aux affections du système nerveux. Un très grand nombre meurent de convulsions ou de méningite[1].

De même, si l'hérédité syphilitique ne fait pas le rachitisme, comme le voulait le regretté Parrot, il est certain qu'elle y prédispose d'une façon puissante (sans doute encore par dyscrasie native) et

1. V. A. Fournier, *Syphilis et mariage*, 2e édit., p. 102.

qu'elle en constitue un des principaux affluents[1].

De même encore on a remarqué de vieille date la fréquence des *affections scrofulo-tuberculeuses* chez les enfants issus de souche syphilitique, et l'on a maintes fois discuté sur la transformation possible de la syphilis en scrofule. Cette transformation, aujourd'hui, ne saurait être un instant soutenue, surtout depuis la découverte du bacille de Koch. Mais il n'en est pas moins certain que le terrain syphilitique est éminemment propice à la culture de ce bacille[2]; car, de par les statistiques, de par l'observation contemporaine qui n'a fait que confirmer sur ce point les résultats de nos prédécesseurs, il est indéniable que les hérédo-syphilitiques payent un large tribut aux diverses manifestations de la scrofulo-tuberculose, notamment aux affections osseuses (mal de Pott, coxalgie, etc.), voire au lupus.

Sans compter, enfin, que les plus privilégiés, les plus épargnés, parmi les hérédo-syphilitiques, sont fréquemment des sujets remarquables par une constitution nativement appauvrie, délicate, chétive, par une teinte grisâtre et terreuse de la peau qui souvent les signale à l'attention des médecins, par une tendance marquée et bien connue au lymphatisme et aux affections d'ordre lymphatique, etc.

1. V. A. Fournier, *Syphilis héréditaire tardive*, où se trouve longuement discutée cette question des rapports du rachitisme avec l'hérédité syphilitique, p. 50 et suivantes.

2. « La vérole, a dit le regrettable Guéneau de Mussy, est un *fumier où végètent de préférence toutes les pourritures.* »

Voilà, messieurs, d'une façon générale et à coup sûr très abrégée, ce que produit ou peut produire la néfaste influence héréditaire que nous nous préparons à étudier.

Jugez par ce peu de mots, par ce simple aperçu du sujet, quel intérêt se rattache à tous les problèmes que soulève l'hérédité spécifique, et notamment aux questions de savoir de qui procède cette influence héréditaire ; — quand, comment, dans quelles conditions elle s'exerce ; — s'il est possible et comment il est possible d'en conjurer les effets, etc. ; — toutes questions que dès l'instant nous allons aborder.

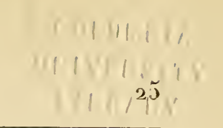
IV

PROVENANCE DE L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE.

Le premier problème qui s'impose à notre examen est relatif à ce que j'appellerai abréviativement les origines ou la *provenance de l'hérédité syphilitique*.

De qui dérive l'hérédité syphilitique ? Est-ce du père ? Est-ce de la mère ? Est-ce de l'influence combinée des deux géniteurs ?

En d'autres termes, est-il nécessaire que les deux parents soient syphilitiques, pour que la syphilis soit transmissible à leur enfant ? — Ou bien suffit-il, pour que cette transmission s'exerce, qu'un seul



des géniteurs soit entaché de syphilis? — Et, dans ce dernier cas, est-il indifférent que ce géniteur soit le père ou la mère?

Les opinions les plus contradictoires — il est à peine besoin de vous en prévenir — ont été émises sur plusieurs de ces diverses questions, ainsi d'ailleurs que sur tant d'autres qui surgiront au cours de cet exposé. C'est qu'en effet l'hérédité syphilitique constitue — passez-moi le mot — une véritable pomme de discorde jetée dans le camp des observateurs. Il n'est peut-être pas de sujet qui ait donné lieu à un aussi grand nombre de dissentiments et de controverses.

Donc, ici plus qu'ailleurs, la méthode et la circonspection sont de rigueur absolue. Inspirons-nous de cet esprit en procédant, je n'oserais dire du connu à l'inconnu — ce qui serait excessif —, mais du certain, de l'acquis, de l'incontestable à ce qui reste encore matière à litige et à discussion.

Premier point : *L'hérédité syphilitique peut-elle s'exercer alors que les deux géniteurs sont en état de syphilis ?*

Sur ce premier point, tout le monde est d'accord, chose rare en la matière.

Oui, d'un assentiment unanime, certainement oui, l'hérédité syphilitique peut s'exercer alors que les deux parents sont en état de syphilis.

A preuve non pas des centaines, mais des milliers d'observations qu'on trouverait facilement dans la

science, toutes concourant à démontrer : 1° que l'enfant issu d'un père syphilitique et d'une mère syphilitique peut naître syphilitique ; — et 2° que l'hérédité syphilitique peut s'exercer dans cette condition particulière suivant les divers modes dont nous venons de la reconnaître susceptible d'une façon générale.

Exemples :

Un enfant de quelques mois nous est amené à l'hòpital pour des accidents multiples d'ordre incontestablement syphilitique : syphilides profuses, répandues sur tout le corps, et notamment recouvrant comme d'un masque presque tout le visage ;— syphilides muqueuses, buccales et péri-anales ; — lésions osseuses considérables, intéressant les trois os de l'un des membres supérieurs et déterminant cette impotence si curieuse du membre, connue depuis Parrot sous le nom de pseudo-paralysie des enfants syphilitiques.

Nous ouvrons une enquête sur les antécédents héréditaires et nous apprenons :

1° Que la mère de cet enfant est syphilitique depuis deux ans ; — cette femme présente même encore divers accidents manifestement spécifiques, entre autres des syphilides périlabiales et des plaques muqueuses de la bouche ;

2° Que le père — de qui cette femme tient la contagion — est syphilitique depuis plusieurs années et qu'il est, lui aussi, affecté actuellement d'accidents syphilitiques.

Que voulez-vous de plus probant ?

Autre exemple. — Un jeune homme contracte la syphilis en 1869, et se marie en 1871, après ne s'être que négligemment traité. Sa femme est contagionnée par lui dès les premiers mois de son mariage. Devenue enceinte presque aussitôt, elle accouche d'un enfant mort. — Un an après, une seconde grossesse amène un enfant vivant qui, dès les premières semaines, est criblé d'accidents syphilitiques et qui, plus tard, vers l'âge de deux ans, est affecté d'iritis spécifique, puis de lésions articulaires et osseuses, lesquelles ne guérissent que par le traitement spécifique. (Soit dit incidemment, cet enfant — aujourd'hui jeune homme de dix-sept ans — présente le plus beau type que j'aie jamais vu de dents d'Hutchinson. Ses deux incisives médianes supérieures offrent l'échancrure semi-lunaire dans son type le plus accentué.)

Et de même pour tant et tant d'autres cas identiques que je pourrais citer, et qui, je le répète, surabondent dans la science. Il n'est pas de médecin qui n'aurait à en produire de nombreux exemples.

Complétons cependant la démonstration.

Cette influence combinée du père et de la mère infectés de syphilis, cette influence du *couple syphilitique,* passez-moi le mot, sur le produit de conception devient encore bien autrement manifeste alors qu'elle se prolonge, qu'elle se continue, c'est-à-dire alors qu'elle se poursuit sur toute une série

de grossesses. Or, un tel fait est loin d'être rare. Très nombreuses, au contraire, sont les familles qui ont subi, du fait de la syphilis des deux parents, des désastres lamentables, c'est-à-dire qui ont été décimées, voire anéanties dans leur postérité.

De cela j'aurai à vous citer de nombreux exemples alors que je vous parlerai du pronostic de l'hérédité syphilitique, et je m'engage à ne pas rester alors au-dessous de ce qu'*a priori* vous pourriez imaginer de plus tragique. Pour l'instant, et à titre seulement de spécimen, le cas suivant pourra nous suffire.

Un jeune homme contracte la syphilis, s'en traite mal et se marie. Sa femme est bientôt contagionnée. Sept grossesses se produisent en six ans, pour aboutir aux résultats que voici :

Les six premières se terminent par avortement ; — la septième amène enfin un enfant vivant, qui bientôt est criblé d'accidents syphilitiques, tombe dans le marasme, et succombe à trois mois et demi.

Ce n'est pas tout. Il est encore une condition toute particulière merveilleusement faite en vérité pour montrer par opposition, par contraste, l'influence vraiment néfaste du *couple syphilitique* sur l'hérédité.

Cette condition est celle où la syphilis ne pénètre dans une famille qu'après l'époque où les deux conjoints ont déjà fait leurs preuves — passez-moi le mot — en tant qu'aptitudes procréatrices.

Que si d'autres grossesses surviennent alors, après l'infection des deux époux, on se trouve avoir un terme de comparaison absolument parfait pour juger de l'influence exercée par la syphilis. Eh bien, ce critérium se présente quelquefois en pratique. Et alors, qu'observe-t-on ? Ceci :

Avant la syphilis, grossesses arrivant à terme, se terminant heureusement par la naissance d'enfants vivants et sains ;

Après la syphilis, avortements, accouchements prématurés, naissance d'enfants morts ou d'enfants syphilitiques.

Exemple :

Un homme, exempt de syphilis, épouse une jeune fille, dont il a deux enfants vivants et sains. Il contracte alors la syphilis et la communique à sa femme. Surviennent au delà trois grossesses qui se terminent :

Les deux premières par avortement ;

La troisième par la naissance d'un enfant syphilitique.

Tel est également le cas suivant :

Un jeune ménage, indemne de syphilis, commence par avoir trois superbes enfants, bien venus à terme, dont deux sont encore vivants et dont le troisième paraît n'avoir succombé qu'à une maladie incidente de forme aiguë (probablement à une pneumonie).

Alors le mari prend la syphilis et la transmet à sa femme.

Depuis cette époque, sept grossesses sont survenues. Or, quelle a été la terminaison de ces sept grossesses, consécutives à l'infection des deux époux? La chose est curieuse non moins que lugubre. Jugez-en :

Première grossesse (après la syphilis). — Avortement au cinquième mois.

Deuxième grossesse. — Accouchement prématuré à sept mois et demi. — L'enfant, très chétif, rabougri, « sorte de petit vieux », meurt à 15 jours.

Troisième grossesse. — Accouchement presque à terme d'un enfant mort-né.

Quatrième grossesse. — Accouchement prématuré à sept mois. — Enfant mort-né, « ayant le corps couvert de taches ».

Cinquième grossesse. — Accouchement prématuré d'un enfant mort.

Sixième grossesse. — Avortement à trois mois et demi.

Septième grossesse. — Avortement à six semaines.

Résumé : 10 grossesses, dont 3 antérieures et 7 postérieures à la syphilis des deux époux.

Les trois premières se terminent à terme et donnent des enfants bien portants ;

Les sept autres aboutissent à quatre accouchements prématurés et trois avortements.

Quel fait plus instructif? Quel témoignage plus probant à l'appui de la nocivité de l'influence hérédo-syphilitique provenant des deux époux?

Il serait inutile, ce me semble, d'insister davantage. Concluons donc en disant — et cela en toute sûreté, au-dessus de toute contestation possible — que l'hérédité syphilitique peut s'exercer (notez que

je dis toujours *peut* s'exercer, et rien de plus, en raison de réserves dont il sera question plus tard) alors que les deux géniteurs sont en état de syphilis.

V

HÉRÉDITÉ MATERNELLE.

L'influence hérédo-syphilitique peut-elle s'exercer alors qu'un seul des deux géniteurs se trouve en état de syphilis?

Ici, une division de la question s'impose tout naturellement, car l'influence propre de chacun des deux géniteurs demande en toute évidence à être examinée séparément.

Deux points se présentent donc à notre étude, à savoir :

L'hérédité syphilitique s'exerce-t-elle de la mère à l'enfant?

L'hérédité syphilitique s'exerce-t-elle du père à l'enfant?

Procédant toujours dans le même esprit, c'est-à-dire allant de ce qui est accepté, admis, à ce qui est controversé et réellement controversable, abordons le premier de ces deux points, celui qui est relatif à l'HÉRÉDITÉ MATERNELLE.

L'hérédité syphilitique peut-elle s'exercer alors que la mère *seule* est en état de syphilis?

Sur ce point encore, comme sur le précédent, l'accord est on peut dire unanime. Tout le monde admet qu'une mère peut transmettre héréditairement la syphilis à son enfant ; tout le monde trouve ce fait d'hérédité absolument naturel et absolument justifié par l'observation courante.

Et pourquoi cela ? Très certainement en raison de l'impression que nous laisse l'observation, presque journalière ici, de ces cas où une mère et son enfant se présentent à nous simultanément affectés de syphilis. Nous sommes habitués à voir un enfant syphilitique aux bras ou au sein d'une mère syphilitique. C'est la règle, c'est le cas courant.

Or, cette impression, ce souvenir clinique nous conduit, sans que nous y prenions garde, à la plus incorrecte déduction. Sans y réfléchir, nous nous laissons aller à établir en notre esprit une filiation directe entre la syphilis de l'enfant et la syphilis de la mère, comme s'il était nécessaire que la première dérivât de la seconde ; et cela en vertu du raisonnement suivant : voici un enfant affecté de syphilis héréditaire, et sa mère est syphilitique ; conséquemment, cette syphilis, l'enfant la doit, au moins pour une part, à sa mère.

Illégitime et détestable raisonnement, s'il en fût ! Car cet enfant hérédo-syphilitique peut très bien ne pas tenir la syphilis de sa mère. A ce point que c'est peut-être lui, au contraire, qui a contaminé sa mère, comme cela s'observe dans les cas de syphilis conceptionnelle où un enfant, procréé syphi-

litique par un père syphilitique et une mère saine, infecte sa mère *in utero*.

Donc, il ne suffit pas, il ne saurait suffire, pour démontrer la réalité, l'authenticité de l'hérédité syphilitique maternelle, de constater la syphilis sur la mère d'un enfant hérédo-syphilitique. Cette simple constatation ne signifie rien, ne prouve rien en l'espèce. Il faut autre chose; il faut d'autres éléments, d'autres pièces à conviction. Quoi donc? Ceci, très rigoureusement :

Deux conditions sont indispensables en l'espèce à une démonstration rigoureuse de l'hérédité syphilitique maternelle, à savoir : l'une, toute naturelle, qui vient immédiatement à l'esprit de tout le monde; — l'autre, très spéciale, à laquelle personne ne pense tout d'abord, mais qui n'en est pas moins exigible au même titre que la précédente.

La première, c'est d'éliminer du couple géniteur le facteur d'hérédité paternel, afin que toute la responsabilité de l'hérédité syphilitique incombe à la mère.

Eh bien, dira-t-on au premier abord, rien de plus simple. Car il ne s'agit, en somme, que de trouver un couple géniteur où le mari soit sain et la femme syphilitique.

Oui, répondrai-je, il ne s'agit que de cela. Et voilà, précisément, la difficulté. Et le pourquoi de cette difficulté, je vais vous le faire toucher du doigt.

Pour que des observations du genre de celles que nous cherchons aient quelque valeur, il faut

de toute nécessité qu'elles soient prises dans un certain milieu, dans un milieu régulier, correct, *familial*, sous peine d'être entachées d'un vice rédhibitoire. Ce n'est pas dans le monde des viveurs et des filles qu'elles doivent être recueillies, mais bien dans le monde honnête, dans les familles, dans les ménages. Or, s'il est absolument commun, dans ce dernier monde, qu'un homme syphilitique épouse une femme saine, il y est absolument exceptionnel qu'une femme syphilitique se marie à un homme sain. Ce ne sont pas les femmes, ce sont les hommes qui apportent la syphilis sous le toit conjugal; tel est, du moins, le fait habituel, si habituel que l'inverse est une exception rarissime.

Aussi bien les cas de cet ordre (couple à mari sain et femme syphilitique), quoiqu'ils puissent se rencontrer — et nous en citerons tout à l'heure —, ne se présentent-ils en pratique que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

Puis, continuerai-je, il est un second point avec lequel on ne compte guère en général et qui échappe au premier moment. On semble croire que, pour démontrer l'hérédité syphilitique maternelle, il suffit de trouver un couple où le mari soit sain et la femme syphilitique. Or, cela ne suffit pas. Il manque quelque chose à ce programme; il manque une condition sans laquelle les résultats du fait observé seront tenus en suspicion, révoqués en doute, attaqués.

Cette condition, c'est que la femme du couple

en question *n'ait pas été au préalable fécondée par un homme syphilitique ;* parce que, si elle a été fécondée par un premier mari syphilitique, on ne manquera pas d'opposer au résultat constaté l'objection dite de l'IMPRÉGNATION.

De l'imprégnation ? — Oui, c'est-à-dire de cette influence mystérieuse, mais authentique (au moins pour nombre d'observateurs), d'après laquelle une première fécondation peut retentir sur les produits de fécondations ultérieures dérivant d'autres géniteurs. Je m'explique.

Il paraît avéré (et les éleveurs sont nos maîtres sur ce point) qu'une chienne ou une jument fécondée par un mâle d'une certaine espèce, d'une espèce A, je suppose, pourra donner des produits qui présenteront encore les caractères de l'espèce A, alors qu'elle sera ultérieurement fécondée par des mâles d'une espèce différente.

Exemple :

Une jument est fécondée par un zèbre ; elle donne un poulain présentant les attributs du zèbre, c'est-à-dire une série de bandes noires sur les épaules et sur les jambes. — Ultérieurement, elle est saillie par trois chevaux. Elle met bas trois fois, et trois fois ses poulains portent les signes distinctifs du zèbre.

Des faits de cet ordre, assure-t-on, auraient été observés dans l'espèce humaine. Ainsi, on raconte qu'une femme blanche, après avoir été fécondée par un premier mari nègre, devint veuve, se remaria

à un blanc et eut de celui-ci des enfants qui présentaient sur certaines parties de la peau la pigmentation caractéristique de la race nègre.

Eh bien, si l'hérédité par imprégnation (qu'on appelle encore quelquefois hérédité par influence ou hérédité ovarienne) est susceptible de transmettre ainsi aux produits de fécondation ultérieure les caractères physiologiques, voire les caractères de race relevant du premier mâle fécondant, on ne voit pas pourquoi elle ne serait pas également capable de transmettre les dispositions morbides, les diathèses, les maladies de ce premier géniteur. En sorte qu'une femme, fécondée par un premier mari syphilitique, pourrait transmettre la syphilis aux enfants d'un second lit, par le processus de l'imprégnation, de l'hérédité ovarienne. Cette syphilis, en ce cas, ne serait pas une syphilis d'hérédité maternelle, mais bien une syphilis provenant du premier père et conférée aux enfants du second père par hérédité ovarienne.

Des faits de ce genre se sont-ils jamais produits ? On en a cité en tout cas. A vrai dire, ils ne sont guère probants ; je les juge même très défectueux. Mais là n'est pas la question. Il suffit pour nous, qui ne cherchons actuellement qu'à établir l'authenticité de l'hérédité syphilitique maternelle sur une base absolument solide, sur une démonstration irréfragable, il suffit pour nous, dis-je, que l'objection tirée de ce mode spécial d'hérédité ait été produite pour que nous ayons à en tenir

compte, pour que nous mettions les conclusions de nos recherches à l'abri de cette fin de non-recevoir.

Voilà donc bien déterminées les deux conditions auxquelles nous devons rigoureusement nous astreindre pour établir la démonstration que nous avons en vue. C'est, à savoir : 1° Produire un couple géniteur où le mari soit sain et la femme syphilitique ; — 2° produire un tel couple où la femme n'ait pas été fécondée au préalable par un premier mari syphilitique.

Eh bien, avons-nous des observations qui satisfassent de tous points à ce programme? Oui.

Et ces observations, nous les trouvons dans les deux groupes de femmes que voici :

1° Parmi les femmes contaminées par un premier mari, sans avoir été fécondées par lui;

2° Parmi les femmes mariées ou les nourrices accidentellement contaminées par un nourrisson syphilitique.

Mais ne croyez pas, ainsi que je vous le faisais remarquer tout à l'heure, que nous soyons bien riches en fait d'observations de cet ordre. De telles observations sont absolument rares, je vous le répète encore. De plus, celles qui existent sont disséminées çà et là, dans les recueils périodiques, les monographies, les thèses sur la syphilis, et il faut les chercher patiemment pour les découvrir. Quant à moi, je suis parvenu (et j'en suis presque fier) a

en réunir 13, empruntées à mes notes de ville[1]. Or, quels ont été les résultats fournis par ces 13 observations? Les voici, sommairement :

Treize femmes syphilitiques, unies à des maris dont j'ai constaté *de visu* l'intégrité et que je crois pouvoir garantir sains, ont eu 28 grossesses. Et ces 28 grossesses ont produit :

3 fois des enfants vivants et sains[2].
4 fois des enfants manifestement syphilitiques, mais qui, traités, ont survécu.
3 fois des enfants syphilitiques qui se sont éteints très rapidement.
9 fois des enfants qui ont succombé rapidement, sans que des symptômes dûment syphilitiques aient été constatés sur eux.
9 fois, enfin, la grossesse s'est terminée soit par accouchement prématuré, soit par avortement.

Total 28

Quelques-unes de ces observations gagneront à être citées individuellement.

Une jeune femme reçoit la syphilis de son mari. — Devenue veuve peu de temps après, elle se remarie avec un homme sain, devient enceinte pour la première fois et accouche d'un enfant criblé de syphilides qui ne tarde pas à succomber.

Une jeune femme mariée contracte accidentellement la syphilis d'une source demeurée inconnue. — Son mari reste sain. — Un an plus tard, pre-

1. Je parle, bien entendu, de treize observations complètes, semblant bien à l'abri de toute cause d'erreur.

2. *Sains*, du moins dans leurs deux ou trois premiers mois, échéance au delà de laquelle je les ai perdus de vue.

mière grossesse, qui se termine par une fausse couche au sixième mois. — Ultérieurement, seconde grossesse amenant un enfant syphilitique qui meurt à neuf jours.

Une femme syphilitique, n'ayant jamais eu d'enfants, se marie à un homme sain. Elle devient enceinte trois fois. Résultat de ces trois grossesses : deux fausses couches; — et naissance à terme d'un enfant qui meurt subitement à l'âge de cinq mois.

Une jeune femme, mariée à un homme sain et récemment accouchée d'un enfant sain, est infectée au mamelon par une nourrice qui s'était chargée de lui dégorger les mamelles distendues par un excès de lait. Elle devient enceinte quatre fois au cours des cinq années suivantes, et avorte quatre fois du quatrième au septième mois. — Son mari, plusieurs fois examiné par moi, est toujours resté sain.

Une nourrice, mère d'un enfant sain et robuste, est infectée par un nourrisson syphilitique et affligée d'une syphilis grave. — Du fait de son mari, resté indemne, elle devient enceinte six fois, et ces six grossesses se terminent : trois fois par avortement; — trois fois par naissance d'enfants extrêmement débiles, qui succombent l'un à douze jours, un autre à trois semaines, le dernier à deux mois. — Etc., etc.

Eh bien, ne trouvez-vous pas là, messieurs, tout ce qui atteste l'hérédité syphilitique? A savoir :

Transmission de la syphilis en l'espèce; — nais

sance d'enfants chétifs, succombant dès les premières semaines ou les premiers mois de la vie; — accouchements prématurés ou avortements; — et, finalement, comme conséquence ultime, effroyable polymortalité des jeunes (21 enfants morts sur 28), polymortalité qui peut être considérée, vous le savez de reste, comme un témoignage d'hérédo-syphilis, comme un témoignage de valeur diagnostique presque équivalente à celle de la lésion syphilitique la plus patente.

Aussi bien pouvons-nous dire, d'après cela, que l'hérédité syphilitique maternelle est absolument indéniable.

Et, d'ailleurs, ce fait de l'hérédité syphilitique maternelle n'est-il pas en harmonie parfaite, d'une part, avec ce que les données théoriques tirées du caractère même de la maladie nous permettaient de préjuger, et, d'autre part, avec tous les résultats connus relativement à la transmissibilité héréditaire des maladies contagieuses? Voyez plutôt.

A priori, pourrions-nous un seul instant accommoder notre cerveau à cette idée qu'une maladie telle que la syphilis ne fût pas transmissible par hérédité de la mère à l'enfant? Comment une maladie telle que la syphilis, qui s'en prend à tout l'organisme, qui se répand dans tous les systèmes vivants, qui imprègne et sature l'économie tout entière au point de créer par excellence ce qu'on appelle une infection générale, un tempérament

morbide, une diathèse, comment, dis-je, une telle maladie pourrait-elle épargner l'enfant, alors que la mère en est affectée? Comment concevoir qu'elle laissât indifférent et indemne cet enfant qui, pendant neuf mois, vit à l'état de greffe utérine, si je puis ainsi parler, vit de sa mère, se nourrit de la substance même de sa mère?

D'autant que, plus on avance dans l'étude histologique du placenta, plus on découvre combien sont intimes les connexions qui existent entre ces deux êtres, la mère et l'enfant. A ce point que, d'après ce que nous savons aujourd'hui, le placenta peut être considéré schématiquement, à son origine, non plus comme un simple adossement de deux circulations indépendantes, mais, ainsi que l'a écrit mon savant collègue et ami le professeur Mathias Duval, comme une « hémorrhagie maternelle, circonscrite ou enkystée par des éléments fœtaux[1] ». Le sang placentaire de la mère, nous disent les histologistes, « circule dans des lacunes circonscrites directement par des cellules fœtales ». A moins de fusionnement, l'intimité peut-elle aller plus loin? Et une pareille intimité n'implique-t-elle pas, comme conséquence logique, la transmissibilité morbide, surtout relativement à une maladie aussi infectieuse que la syphilis? Car, si le sang de la mère baigne les éléments du fœtus, comment l'élément infectieux qui circule dans le sang ma-

1. V. Société de biologie, *Placentas discoïdes*, séance du 3 novembre 1888.

ternel ne pénétrerait-il pas dans la substance du fœtus?

D'autre part, les analogies morbides ne plaident-elles pas dans le même sens? Le placenta n'est plus, on le sait de reste aujourd'hui, ce qu'on le supposait il y a quelques années encore. On le donnait comme un « filtre parfait », comme une « barrière infranchissable aux contages figurés, aux contages microbiques des maladies ». Or, voici démontré de nos jours que tout au contraire il se laisse parfaitement traverser par eux?

C'est ainsi, par exemple, que les mémorables expériences de MM. Straus et Chamberland ont établi (contradictoirement avec ce qu'on admettait sur la foi de Brauell et Davaine) que la bactéridie charbonneuse peut passer de la mère au fœtus par la voie placentaire; en sorte que, dans bon nombre de cas, le sang du fœtus contient des bactéridies, c'est-à-dire est virulent comme le sang de la mère[1].

De même, d'après M. Netter, le pneumocoque franchirait la filière du placenta. Sur un enfant né d'une femme affectée de pneumonie et mort à cinq jours de pneumonie, cet habile observateur a trouvé des pneumocoques encapsulés dans le poumon, dans le sang du cœur gauche, et dans divers exsudats[2].

De même encore il paraît résulter en toute évidence d'une série de recherches dues à Reher,

1. Comptes rendus de l'Académie des sciences, t. XVI, p. 1290.
2. Bulletins de la Société de biologie, mars 1889.

Neuhauss, Chantemesse et Widal, Eberth, que le bacille de la fièvre typhoïde passe de la mère au fœtus.

Eh bien, si les agents contagieux de toutes ces maladies (et de bien d'autres encore que je pourrais citer) traversent le placenta, pourquoi celui de la syphilis n'en ferait-il pas autant? On ne s'expliquerait guère, il serait peu compréhensible que, perméable aux agents pathogènes de ces diverses affections, le filtre placentaire ne se laissât pas franchir également par celui de la syphilis.

Donc tout concourt en définitive, vous le voyez, à la démonstration que je poursuis. D'une part, *a priori*, l'hérédité syphilitique maternelle se présente comme possible, comme rationnelle, comme vraisemblable, de par toute une série d'inductions que je vous ai présentées. Et, d'autre part, *a posteriori*, des preuves directes lui sont fournies par la clinique.

En sorte que, finalement, cette conclusion s'impose :

Oui, incontestablement oui, *l'hérédité syphilitique peut s'exercer de la mère à l'enfant.*

Ajoutons même par anticipation que cette hérédité maternelle est l'hérédité syphilitique par excellence; que c'est la modalité d'hérédité syphilitique la plus active, la plus inéluctable, et aussi la plus nocive, comme nous le verrons plus tard, quant à ses résultats, c'est-à-dire quant aux dangers encourus par l'enfant.

VI

HÉRÉDITÉ PATERNELLE.

Le troisième et dernier point que nous avons à examiner relativement à la provenance de l'hérédité syphilitique est le plus controversé de tous et celui qui, vu son importance excessive (en ce qui concerne, par exemple, l'aptitude au mariage d'un sujet syphilitique), doit nous arrêter le plus longuement.

Ce point n'est autre que le suivant :

L'hérédité syphilitique peut-elle s'exercer du père à l'enfant ?

Jusqu'à une époque voisine de la nôtre l'hérédité paternelle de la syphilis était un fait accepté sans conteste d'une façon presque unanime. On ne mettait pas en doute qu'un père syphilitique ne pût, ne dût même engendrer des enfants syphilitiques. C'était là une opinion généralement admise, et la science semblait définitivement fixée sur ce point.

Or, les choses ont bien changé de face dans l'époque contemporaine. Des observations nombreuses, des travaux importants ont surgi de divers côtés, ne tendant à rien moins qu'à restreindre singulièrement l'influence paternelle dans la transmission héréditaire de la syphilis[1]. Pour plusieurs

1. J'ai donné ailleurs (V. *Syphilis et Mariage*, 2e édit., p. 54) la bibliographie de ces travaux. Je crois donc inutile de la reproduire ici.

auteurs, l'hérédité paternelle de la syphilis ne serait plus qu'un fait rare, presque exceptionnel. Encore n'est-ce pas tout, car on est allé plus avant dans cette voie. On est allé jusqu'à récuser radicalement l'influence paternelle dans la transmission de la maladie, et à dire : « L'influence du père est nulle, absolument nulle, pour la transmission de la syphilis au fœtus. L'enfant d'un homme syphilitique naît sain, exempt de syphilis, et bien portant. »

Eh bien, ces idées nouvelles, pour contenir une part de vérité, n'en constituent pas moins une doctrine absolument erronée et, qui pis est, une doctrine *dangereuse* par excellence, car l'erreur qu'elle consacre est féconde en conséquences pratiques de la plus haute gravité.

Cette doctrine, en effet, exonère la syphilis d'une grosse part des périls héréditaires qui lui sont inhérents et, comme conséquence, elle ouvre le plus imprudemment du monde les portes du mariage à toute une catégorie d'individus syphilitiques que retient seule la trop légitime appréhension d'être nuisibles à leur postérité[1]. C'est donc un devoir pour

1. C'est là ce qu'ont très judicieusement signalé MM. Paul Diday et Émile Diday, dans leur excellent article du *Dictionnaire encyclopédique* sur la syphilis congénitale :

« L'influence paternelle, a-t-on dit, est nulle à l'égard de la syphilis héréditaire; l'enfant d'un homme syphilitique naît sain et bien portant. »

Cette conclusion, si elle était adoptée, serait funeste au point de vue pratique, car elle conduirait les parents et surtout le médecin, auquel incombe la mission de veiller à la santé de l'enfant qui va

moi d'établir devant vous que cette doctrine est entièrement contraire à la vérité clinique, et de ne laisser à ce sujet aucun doute en vos esprits.

Or, vous dirai-je, cette doctrine de la *non-hérédité paternelle de la syphilis* est fausse, erronée, et cela à double titre :

1° Parce que les considérations sur lesquelles elle repose ne sont en rien démonstratives ;

2° Parce que, d'autre part, elles sont formellement contredites par des témoignages de signification opposée.

C'est là ce que je vais m'efforcer d'établir.

Voyons tout d'abord, pour procéder avec méthode, quels ordres de preuves ladite doctrine a cru pouvoir invoquer en sa faveur.

Au total, son bilan se réduit aux trois raisons suivantes :

naître, à s'endormir dans une sécurité trompeuse. Notons que ce qui empêche les hommes syphilitiques de se marier, ce n'est guère la crainte de donner du mal à leur femme, car ils savent qu'ils ne l'infecteront pas s'ils évitent de l'approcher au moment où survient quelque lésion sur les régions par où ont lieu les contacts intimes ; mais ils savent aussi qu'ils sont aptes à procréer un enfant malade alors même que, au moment de la procréation, ils n'auraient plus aucune lésion apparente sur le corps, et même qu'ils n'en auraient plus eu depuis longtemps. Otez-leur cette crainte, cet épouvantail, si vous voulez, en tout cas ce frein salutaire, et les mariages de syphilitiques se multiplieront au grand préjudice des enfants, persistons-nous à penser, quoi qu'en disent nos adversaires, et au grand danger des mères, ainsi que des familles nourricières, pensent-ils certainement comme nous. »

I. — Disproportion manifeste, indéniable, entre le nombre des maris syphilitiques et celui des enfants syphilitiques.

« Le nombre des sujets qui se marient en état de syphilis, nous dit-on, est considérable ; tandis que, relativement, il est fort peu de ménages où les enfants naissent avec la syphilis. En serait-il ainsi, si la syphilis était héréditaire par influence paternelle ? »

La remarque est exacte, répondrons-nous.

Oui, certes, il existe beaucoup de pères syphilitiques contre peu d'enfants syphilitiques. Mais que déduire de cette constatation, au nom de la plus élémentaire logique, sinon que l'hérédité paternelle ne s'exerce pas dans *tous* les cas où elle pourrait s'exercer, c'est-à-dire qu'elle n'est pas fatale ?

Cette considération pourrait bien aboutir à démontrer ceci, que l'hérédité paternelle est plus ou moins rare, qu'elle est moins fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Soit ! Mais elle ne contient rien de plus, elle n'a pas de signification autrement étendue ; et, notamment, elle ne démontre en rien ce qu'on prétend en tirer, à savoir : que l'hérédité syphilitique paternelle n'existe pas. Elle reste donc sans valeur. Passons.

II. — Le second argument, en revanche, est autrement sérieux, parce qu'il repose sur des faits précis d'observation.

« Maintes fois, disent nos contradicteurs, on a vu ceci : Un homme syphilitique, marié à une femme

saine, engendrer des enfants sains. — Que devient, en présence de tels faits, la prétendue hérédité paternelle de la syphilis ? »

Oui, certes, répondrons-nous encore, on a pu voir un tel fait, et plus d'une fois. On a même vu mieux que cela ; on a vu des enfants naître indemnes de syphilis, bien qu'issus de pères syphilitiques non guéris, de pères syphilitiques en pleine période secondaire, insuffisamment traités ou presque non traités, c'est-à-dire réalisant les conditions les mieux faites pour que l'hérédité syphilitique dût s'exercer, si elle avait à s'exercer. A ce point qu'en présence de semblables cas, certains observateurs, tels que Cullerier par exemple, ont pu se croire autorisés à mettre en doute, voire à nier l'hérédité syphilitique paternelle.

Les faits de cet ordre, nous sommes bien loin de les récuser. Nous en citerons même de semblables ; nous leur ouvrirons même dans un instant un chapitre spécial, pour appeler sur eux toute l'attention qu'ils méritent. Mais que prouvent-ils, en fin de compte ? Prouvent-ils, comme on le prétend, la non-existence de l'hérédité syphilitique paternelle ? Leur attribuer une telle signification est singulièrement illogique. Ce qu'ils démontrent exclusivement est ceci : qu'en certains cas, d'une manière plus ou moins fréquente, l'hérédité syphilitique paternelle ne s'exerce pas, et voilà tout. Ils n'ont et ne sauraient avoir d'autre portée, d'autre sens. Ce sont des faits *négatifs*, et ils ne possèdent comme tels

que la valeur des faits de cette catégorie. Or, vous connaissez tous le vieil adage d'après lequel « tous les faits négatifs du monde ne sauraient prévaloir contre un seul fait positif bien observé ».

Donc, en l'espèce, conclure de ces cas négatifs à la non-existence de l'hérédité syphilitique paternelle, ce n'est rien moins que manquer gravement à la logique, en déduisant une conclusion de prémisses qui ne la contiennent pas.

Conséquemment, le second argument de nos adversaires, bien que reposant sur un ordre de faits incontestables et incontestés, ne démontre rien, en principe, contre l'hérédité syphilitique paternelle et n'a pas plus de valeur que le premier.

Voyons le troisième.

III. — Celui-ci repose sur la *non-inoculabilité du sperme* des sujets syphilitiques.

On a raisonné de la façon suivante :

Le sperme des sujets syphilitiques, inoculé aux sujets sains, ne leur transmet pas la syphilis ; donc il ne saurait non plus transmettre la syphilis à l'ovule et par suite au produit de la conception, donc l'hérédité syphilitique paternelle n'existe pas et n'est qu'une fiction.

Le point de départ de ce raisonnement est, il est vrai, absolument fondé. La non-inoculabilité du sperme des sujets syphilitiques est, en effet, démontrée par deux ordres de preuves, à savoir :

1° *Preuves indirectes*, d'expérience courante.

Si le sperme de l'homme syphilitique était inoculable (inoculable, par exemple, à la façon de la sécrétion du chancre ou de la plaque muqueuse), nous assisterions d'une façon usuelle à de lamentables spectacles qui, fort heureusement, nous sont épargnés. Nous verrions quantité de femmes être contaminées par leurs maris ou leurs amants, d'ailleurs indemnes de tout accident syphilitique actuel. Nous verrions, entre autres, nombre de jeunes mariées recevoir un chancre comme cadeau de noces, dès les premières approches conjugales. Or, cela, nous ne le voyons pas, et pour cause. C'est qu'en effet il est bien certain, de par l'expérience journalière, qu'un sujet syphilitique n'est dangereux pour une femme (du moins au point de vue d'une contagion directe) qu'à la condition de présenter actuellement une lésion syphilitique de forme suppurative. On ne connaît pas, on n'a jamais enregistré de cas de contagion directe de la syphilis par le sperme.

2° *Preuves directes.* — Plusieurs fois, d'ailleurs, on a tenté sur des sujets sains l'inoculation du sperme de sujets syphilitiques, et, invariablement, ces inoculations sont restées stériles, c'est-à-dire n'ont pas déterminé de contamination.

C'est donc là un fait acquis, et nous sommes en mesure d'affirmer que le sperme des sujets syphilitiques ne transmet pas la syphilis par inoculation.

Eh bien, que doit-on inférer de là ?

Peut-on dire, est-on autorisé à dire : « Puisque le sperme des syphilitiques n'est pas contagieux par

inoculation, il ne saurait contaminer l'ovule; et, par suite, l'hérédité syphilitique paternelle n'existe pas » ?

En aucune façon. — Et pourquoi ?

Parce qu'il n'est aucune assimilation à établir entre la faculté que le sperme pourrait avoir de conférer la syphilis par inoculation sous-cutanée et les effets qu'il peut exercer sur l'ovule. A l'ovule il donne la vie, par un phénomène d'ordre aussi spécial que mystérieux ; à l'ovule il transmet encore, en même temps que la vie, des aptitudes physiologiques et pathologiques, des caractères d'espèce, de race, d'individu, qui se traduiront plus tard par des ressemblances physiques, morales, et même morbides, entre le nouvel être qui va résulter de l'imprégnation spermatique et le mâle qui aura fourni le principe fécondant. Est-ce que ce n'est pas là, je le répète, un phénomène d'ordre absolument et radicalement spécial, à nul autre comparable ? Certes, ce phénomène, nous en ignorons la nature intime, mais il n'en est pas moins authentique et irrécusable. Rien d'étonnant, en conséquence, pour ce qui nous concerne, à ce que le sperme puisse transmettre la syphilis comme tout autre germe morbide, et cela sans que néanmoins il soit contagieux par inoculation.

Fécondation et inoculation sont choses qui ne se ressemblent en rien, qui ne sauraient être mises en parallèle. Le sperme peut fort bien n'être pas apte à conférer la syphilis par inoculation, et être apte à

la conférer à l'ovule par imprégnation génératrice. Aucune corrélation, aucune parité à établir entre ces deux phénomènes.

Donc, comme conclusion, la non-inoculabilité du sperme des sujets syphilitiques ne constitue pas une objection sérieuse contre la faculté que peut avoir ce même sperme de contaminer l'ovule et, par suite, le produit de conception.

Et voilà les trois considérations sur lesquelles on a prétendu édifier la nouvelle doctrine de la non-hérédité paternelle de la syphilis. Aucune, ainsi que nous venons de le voir, n'est ni décisive ni probante, tant s'en faut ; donc cette doctrine manque absolument de base. On la donnait comme démontrée, et, au total, tout élément sérieux de démonstration lui fait défaut.

Mais ce n'est pas tout ; car cette doctrine, d'autre part, se trouve battue en brèche, voire formellement contredite par des considérations de signification précisément opposée, comme vous allez le voir.

Je viens d'établir qu'on n'est pas fondé à récuser l'hérédité paternelle de la syphilis ; je vais vous montrer actuellement qu'on est, au contraire, pleinement autorisé à l'admettre.

Oui, l'hérédité syphilitique peut s'exercer d'un père syphilitique à son enfant (la mère étant toujours supposée saine, bien entendu).

Cela, quatre ordres de témoignages vont nous en fournir la preuve.

I. — D'abord, on a vu maintes fois des enfants issus d'un père syphilitique et d'une mère saine (au moins en apparence) être affectés des accidents propres à la syphilis héréditaire.

Des observations relatives à cette forme de l'hérédité syphilitique paternelle ont été citées par une foule de médecins, notamment par MM. Ricord, Trousseau, Diday, Cazenave, Bazin, Hardy, Baerensprung, Hutchinson, Bassereau, Beyran, Martinez y Sanchez, Liégeois, De Méric, Martin, Parrot, Lancereaux, Kassowitz, Charpentier, Pozzi, Keyfel, Carl Ruge, et tant d'autres que j'oublie[1]. A mon

1. Voir un travail intéressant du Dr Léon Richard (*Étude sur l'hérédité dans la syphilis; de l'influence du père*, Thèses de Paris, 1870).

Voir aussi : Piquand, *Influence de la syphilis des générateurs sur la grossesse.* (Thèses de Paris, 1868.)

Bricard (Ph.). *De la transmission de la syphilis du père à l'enfant avec immunité de la mère* (Thèses de Paris, 1871).

Kassowitz. *Die Vererbung der Syphilis*, Vienne, 1876.

Carl Ruge, *Ueber die Fœtus sanguinolentus* (Zeits. für Geburtsh und Gynäkologie, Bd. I. — Analyse par Porak, dans la *Revue des Sciences médicales* publiée par G. Hayem, t. XII, p. 203). — Etc.

M. le professeur Parrot m'a communiqué un fait de ce genre observé par lui dans des conditions particulières qui ne laissent aucune prise à l'erreur. « Un jeune homme se marie en puissance de syphilis. Il a deux enfants, qui présentent l'un et l'autre les symptômes les moins douteux de syphilis héréditaire. Or, leur mère, assidûment surveillée, minutieusement examinée depuis son mariage, n'a jamais présenté et ne présente encore aucun symptôme suspect. Il est hors de doute qu'elle soit restée indemne. »

M. Hutchinson est bien autrement affirmatif encore en faveur de l'hérédité paternelle. D'après lui, la plupart des syphilis hérédi-

tour, je m'inscris à la suite de tous ces médecins pour dire que j'ai réuni un certain nombre d'observations du même genre. Enfin, ces derniers temps, un de mes élèves, le Dr Riocreux, a rassemblé dans une excellente monographie sur l'hérédité paternelle de la syphilis une riche collection de faits témoignant dans le même sens[1]. Si bien que la transmission de la syphilis *en l'espèce*, s'opérant du père à l'enfant, est actuellement attestée par un nombre considérable d'observations des plus authentiques.

Ces observations, faut-il vous en citer quelques-unes ? Je n'aurai que l'embarras du choix.

Rappelez-vous d'abord un fait que vous avez eu sous les yeux ici même, il y a quelques mois, et qui se résume en ceci : Trois grossesses se sont produites dans un jeune ménage. La première s'est terminée par avortement. La seconde a donné naissance à un enfant qui, bientôt affecté de divers accidents spécifiques (pemphigus, syphilides papulo-squameuses, plaques muqueuses, etc.), n'a pas tardé à succomber. De la troisième est issu un enfant que vous avez vu dans le plus effroyable état (syphilides

taires dériveraient du père exclusivement : « I am firmly of opinion that, in a large majority of instances in English practice, inheritance of syphilis is *from the father*, the mother having never suffered before conception. » (*Medical Times and Gazette*, déc. 1876). — Voir de même : *A clinical memoir on certain diseases of the eye and ear consequent of inherited syphilis*. Londres, 1863 ; p. 209, Aph. XIV. — *On the transmission of syphilis from Parent to Offspring* (*The British nd foreign med.-chir. Review*. 1877, vol. LX, p. 455).

1 L. Riocreux, *Syphilis, hérédité paternelle*, thèses de Paris, 1888.

ulcéreuses, coryza, étiolement, cachexie), mais qui, traité, est parvenu à survivre. Or, la mère de ces enfants, minutieusement interrogée et examinée par nous, surveillée même pendant deux ans, n'a jamais présenté quoi que ce soit de suspect. Le père, tout au contraire, nous a avoué avoir contracté six mois avant son mariage une syphilis qu'il n'a jamais que très légèrement traitée.

Un de nos confrères, qui m'a fait l'honneur de me consulter, m'a raconté sa triste histoire, que voici en deux mots. Il a contracté la syphilis un an avant son mariage et (notez ceci au passage, car la chose est instructive) ne s'est soumis pour tout traitement qu'à *huit* frictions mercurielles ! Sa femme, très attentivement surveillée par lui, est restée indemne. Or, de ce ménage sont issues cinq grossesses qui se sont terminées comme il suit : trois par fausses couches, avec fœtus « présentant d'une façon indéniable des stigmates de syphilis » ; — deux par naissance d'enfants indubitablement syphilitiques[1].

Bassereau a relaté l'observation d'un homme qui se maria deux mois après avoir contracté la syphilis. Sa femme, bien que restée indemne, n'en donna pas moins le jour à trois enfants syphilitiques, dont un seul survécut. Les deux autres furent emportés, l'un à quinze jours, l'autre à sept semaines.

1. Voir Thèse de Riocreux, obs. XX, p. 57.

Une intéressante observation, que vous retrouverez relatée tout au long dans la thèse du Dr Quesada, concerne un ménage où se produisirent quatre grossesses, qui se terminèrent de la façon suivante : trois par avortement, et une par naissance d'un enfant syphilitique qui mourut dans le marasme, après avoir contaminé sa nourrice. Or, le père de ces enfants était syphilitique, tandis que la mère, prévenue de l'état de son mari, s'observant et observée tant par son médecin que par Ricord, ne présenta jamais la moindre lésion suspecte[1].

Hutchinson a relaté la navrante histoire d'un médecin qui, ayant contracté la syphilis, se crut en état de se marier trois à quatre ans plus tard, bien que n'ayant subi qu'un traitement de six mois. Sa femme (qui, je n'ai pas besoin de le dire, fut scrupuleusement surveillée par lui) resta indemne de tout accident. Elle devint enceinte onze fois, et voici quels furent les résultats de ces nombreuses grossesses : d'abord, deux enfants mort-nés; — puis, deux enfants syphilitiques, qui moururent de syphilis ; — puis, sept enfants survivants, mais tous affectés de syphilis héréditaire[2].

Une observation presque identique de G. Behrend est relative à une femme qui, mariée à un homme syphilitique, devint enceinte onze fois. Les sept premières grossesses de cette femme se terminèrent

1. S. de Arteaga Quesada, *Essai sur la syphilis congénitale*, Thèses de Paris, 1865.

2. V. *British and foreign medico-chirurg. Review*, octobre 1877.

par sept fausses couches, et les quatre suivantes par la naissance d'enfants qui survécurent, mais dont trois furent affectés de syphilis.

Je sais bien que les observations qui servent de base à l'hérédité paternelle *exclusive* ont été attaquées. On leur a opposé une fin de non-recevoir, en disant « que, dans les cas en question, la mère n'a pas été suffisamment examinée; que, si on l'avait mieux ou plus longtemps examinée, on aurait trouvé sur elle la syphilis, parce qu'il n'est pas d'enfant syphilitique sans mère syphilitique, etc. ». Mais quelle est en vérité la portée d'une telle objection? Est-il à croire que les médecins qui ont vu, étudié, commenté les faits dont il s'agit soient *tous* tombés à l'unisson dans une même erreur, en méconnaissant tous la syphilis sur les mères de ces enfants syphilitiques? Est-il à croire que des hommes du métier, que des médecins éminents, tels que Ricord, Bassereau, Hutchinson et tant d'autres, n'aient pas vu la syphilis sur toutes ces femmes *alors qu'ils la cherchaient*, alors qu'ils étaient étonnés de ne pas la trouver? Est-il admissible, enfin, que des médecins surveillant leur propre femme assidûment, quotidiennement (comme dans les deux cas que je viens de vous citer), aient pu laisser passer inaperçus sur elle des symptômes de syphilis? Non, très certainement non. Il est des objections qui ne sont pas à faire, des objections non recevables, qui se réfutent d'elles-mêmes, qui

tombent d'elles-mêmes, et celle-ci est du nombre.

De sorte, je le répète, que la transmission hérédo-paternelle de la syphilis *en l'espèce* peut être donnée comme une vérité clinique catégoriquement démontrée.

II. — Un second témoignage va fournir un puissant appui à la thèse que nous défendons.

C'est la *prédisposition aux avortements* résultant, dans un ménage, de l'état syphilitique du mari.

Il est absolument commun que l'enfant issu d'un père syphilitique et d'une mère saine n'arrive pas à terme, c'est-à-dire soit expulsé prématurément, à échéance plus ou moins distante du début de la grossesse. C'est même là un fait banal à force d'être fréquent, voire si banal que je crois superflu de citer à l'appui des preuves particulières.

Aussi bien peut-on poser ceci comme axiome: *Le danger le plus commun, le plus usuel, auquel expose dans le mariage la syphilis du mari, c'est l'avortement.*

Encore si cette influence pernicieuse du père se bornait à une première grossesse, au premier enfant procréé par lui. Mais c'est que souvent, très souvent, elle se continue, se prolonge sur plusieurs grossesses plus ou moins rapprochées. De sorte que *deux*, *trois*, *quatre, cinq*, *six, sept fausses couches* se succèdent parfois, sans explication autre que la syphilis du mari. Les cas de ce genre sont

absolument communs, et j'en pourrais citer plus d'une centaine pour ma seule part.

Exemples :

Un de mes clients s'est marié en état de syphilis non traitée. Sa femme est devenue enceinte quatre fois en trois ans, et, bien qu'indemne de tout accident spécifique, a avorté *quatre fois*, entre quatre mois et six mois et demi.

Un autre s'est marié dans des conditions à peu près identiques. Sa femme, sur laquelle je n'ai jamais surpris le moindre symptôme suspect, a fait *six fausses couches*, exclusivement imputables à la syphilis du mari.

De même encore, dans le cas précité de G. Behrend, nous avons vu une femme saine, mariée à un homme syphilitique, avorter *sept fois*.

J'ai cherché à me rendre compte, de par les documents que j'ai colligés de vieille date sur la question, de la fréquence des avortements dans le mariage, comme conséquence de l'union d'un homme syphilitique avec une femme saine; et voici ce que mes notes, soigneusement dépouillées à ce point de vue, m'ont fourni comme résultats :

Sur 103 grossesses survenues dans ces conditions, 41 se sont terminées par des avortements ou des accouchements prématurés, amenant des enfants morts ou moribonds.

41 sur 103, cela donne au pourcentage 39 pour 100. Quelle proportion !

Et veuillez noter (ceci est essentiel à spécifier) que

les éléments de cette statistique ont été recueillis dans la clientèle de ville, dans la clientèle bourgeoise, c'est-à-dire dans un milieu social où les conditions anti-hygiéniques de misère, de fatigues, de surmenage, d'alimentation insuffisante, d'excès, de débauche, etc., n'ont à jouer aucun rôle comme causes prédisposantes à l'avortement. Notez qu'ils ont été recueillis (ainsi que le démontre l'analyse de mes observations) sur des femmes jeunes, très bien portantes pour la plupart, récemment mariées, ne présentant aucune lésion utérine, etc. De sorte que, dans tous les cas qui composent cette statistique (réserve faite pour deux ou trois tout au plus), aucune cause, soit constitutionnelle, soit accidentelle, ne peut être invoquée comme raison suffisante de l'avortement. L'avortement y reste inexpliqué de par les influences prédisposantes ou déterminantes d'ordre vulgaire auxquelles il est usuellement imputable ; tandis qu'en revanche, un même élément étiologique spécial figure dans tous ces cas et s'y présente comme explication commune, à savoir : *la syphilis du mari*. Cela n'est-il pas fait pour imposer la conviction ?

Et ce n'est pas tout ; je n'ai pas tout dit. Car une autre considération s'ajoute encore aux preuves précédentes pour mettre en pleine lumière cette influence *fœticide, abortive*, de la syphilis paternelle. Cette considération réside dans la signification de certains cas particuliers où, sur un même

couple, on a pu comparer les résultats de plusieurs grossesses, les unes antérieures et les autres postérieures à la syphilis du mari. De ce parallèle se dégage en toute évidence l'influence paternelle sur le produit de conception. Eh bien, jugez de cette influence par le cas suivant, identique du reste à plusieurs autres que je pourrais produire.

Un de mes clients se marie sain avec une femme saine. Il a tout d'abord quatre enfants « superbes ». Puis il contracte la syphilis. Il se tient sévèrement en garde contre tout risque de contagion par rapport à sa femme (qui d'ailleurs reste indemne), et devient père quatre autres fois. Résultats de ces quatre grossesses *consécutives à la syphilis du mari* : trois fausses couches, et naissance à terme d'un enfant des plus chétifs, qui succombe à brève échéance en état de consomption.

Ainsi : *avant* la syphilis du mari, quatre grossesses heureuses, donnant des enfants sains ; — et, *après* la syphilis du mari, quatre grossesses à terminaison néfaste. Que voulez-vous de plus probant?

III. — Une troisième preuve, non moins topique en faveur de l'hérédité paternelle, ressort encore d'une considération qui constitue une sorte de corollaire de la précédente, à savoir l'*influence du traitement*. Je m'explique.

L'avortement, venons-nous de dire, est à l'ordre du jour dans les ménages à mari syphilitique. Eh bien, à qui la faute? Au mari, à la syphilis du mari.

Car, traitez ce mari, dont plusieurs enfants, je suppose, viennent de mourir avant de naître; corrigez chez lui le vice diathésique par un traitement approprié (par le mercure, notamment, plus actif et plus puissant que l'iodure en pareil cas), et presque infailliblement vous verrez les grossesses ultérieures, dans ce même ménage, arriver à terme et donner des enfants vivants. Voilà, j'imagine, un résultat qui sera démonstratif en l'espèce, puisqu'il dénoncera en toute évidence la cause des avortements antérieurs, c'est-à-dire l'influence nocive du père.

Or, les observations de ce genre pullulent aujourd'hui ; elles sont, dirai-je, monnaie courante. Il n'est pas un de nos collègues en accouchements qui ne vous en raconterait plusieurs, empruntées à sa pratique personnelle. Je vous en citerai bon nombre alors que nous aurons à parler de l'influence du traitement sur l'hérédité syphilitique. Mais, dès ce moment et comme spécimen, laissez-moi vous relater le cas suivant (dont je puis vous garantir l'absolue authenticité, car il est relatif à une famille amie, que je traite depuis bien longtemps et dont les moindres incidents morbides sont tous venus à ma connaissance).

J'étais tout jeune docteur, lorsqu'un jour je rencontre par hasard un ancien camarade de collège que j'avais perdu de vue depuis longtemps. Nous causons, et ledit camarade me conte ses chagrins : « Je suis désolé, me dit-il ; ma femme vient de faire, ce matin même, une *quatrième* fausse couche, à

quelques mois de grossesse; et, ce qu'il y a de pis, c'est que toutes ces fausses couches se sont produites sans la moindre cause qui les puisse expliquer, sans accident, sans chute, sans imprudence. Ce ne peut être ma faute, à moi; car tu vois si je suis solide et bâti pour avoir des héritiers. Cela ne peut dépendre évidemment que de ma femme; et, bien qu'elle soit grande, forte en apparence, bien constituée, je commence à croire, à mon grand chagrin, qu'elle ne me donnera jamais d'enfants. »

Un souvenir alors me traverse l'esprit, et je réplique : « Mais, dis-moi, peut-être bien ta femme, que tu accuses, n'est-elle pas responsable, comme tu le crois, de ces multiples fausses couches; peut-être bien serait-ce toi le vrai coupable. Car je t'ai connu, il y a quelques années, au quartier latin, avec une belle vérole que tu ne me paraissais pas soigner d'une façon bien exemplaire. A ta place, je me traiterais, je reprendrais du mercure. »

Bien que donné pour ainsi dire à l'aventure, en pleine rue, le conseil fut suivi, et le traitement spécifique repris avec intensité. Car, en me quittant, mon ami n'eut rien de plus pressé que de courir chez son ancien pharmacien, où il fit une formidable provision de pilules de Ricord dont il se gorgea pendant toute une année. Or, quinze mois plus tard, sa femme accouchait à terme d'un enfant vivant, lequel a aujourd'hui plus d'une vingtaine d'années. Et, depuis lors, elle a eu trois autres grossesses qui n'ont pas été moins heureuses.

Donc, quatre fausses couches avant le traitement du mari, et quatre enfants vivants après le traitement dudit mari! Inutile, n'est-ce pas? de commenter un tel fait.

Or, les faits de ce genre, entendez-le bien, constituent ce qu'on peut appeler *la règle* en l'espèce.

Eh bien, je demande s'il n'est pas une conclusion rigoureuse à tirer des cas en question, à savoir : que l'influence hérédo-syphilitique paternelle est bien sûrement la cause à laquelle il convient de rapporter les avortements antérieurs au traitement du mari.

IV. — Enfin, l'hérédité paternelle de la syphilis ne ressort pas avec moins d'évidence de ce qu'on appelle la *syphilis par conception.*

Vous savez ce qu'on a désigné de la sorte. C'est la syphilis importée dans le sein de la mère par un enfant héréditairement infecté par un père syphilitique; — syphilis toute spéciale, dont nous aurons bientôt à parler longuement et dont le propre est de débuter d'emblée par l'ordre des accidents spécifiques dits accidents généraux.

Or, pour le dire par avance, cette syphilis conceptionnelle repose sur la triade de faits que voici :

1° Un homme se marie en état de syphilis et procrée un enfant;

2° Sa femme, saine jusqu'alors, commence au cours de la grossesse à présenter des symptômes non douteux de syphilis, mais d'une syphilis dou-

blement étrange; — étrange, d'une part, en ce qu'elle fait invasion d'emblée, sans chancre pour exorde, par des accidents généraux; — étrange d'autre part, en ce qu'elle ne procède pas d'une contagion, le mari étant resté indemne depuis son mariage de tout accident contagieux;

3° Puis, enfin, l'enfant naît en état de syphilis.

Voilà les faits. Reste à les interpréter. Eh bien, l'interprétation en est véritablement aussi simple que forcée; elle s'impose, en dénonçant la syphilis paternelle comme origine de la contamination de la mère par le fœtus.

Et, en effet, de qui voulez-vous que cette femme, dans les conditions précitées, tienne l'infection? De son mari? Mais cela n'est pas admissible, puisque le dit mari n'a présenté aucun accident contagieux depuis son mariage, et puisque la syphilis de cette femme est absolument différente de ce qu'est une syphilis de contagion, laquelle débute forcément par un chancre. — Cette femme ne peut donc tenir la syphilis que de son enfant.

A son tour, cet enfant, de qui peut-il tenir la syphilis? Ce n'est pas de sa mère, puisque cette femme était saine avant de le recevoir dans son sein. Il faut donc, obligatoirement, qu'il la tienne de son père.

Et c'est ainsi qu'indirectement la syphilis par conception vient encore ajouter une raison de plus à toutes celles qui démontrent l'hérédité paternelle de la syphilis.

Arrivé au terme de cette longue et importante démonstration, je crois utile de me résumer en disant :

Quatre ordres de témoignages établissent que l'hérédité syphilitique peut s'exercer d'un père à son enfant :

1° Preuves directes, démontrant la syphilis chez l'enfant issu d'un père syphilitique et d'une mère saine ;

2° Fréquence excessive des avortements dans les ménages où le père seul est entaché de syphilis ;

3° Critérium thérapeutique, à savoir : dans ces mêmes ménages, tendance aux avortements immédiatement enrayée par le traitement spécifique du père ;

4° Enfin, preuve indirecte, dérivant de la syphilis conceptionnelle.

Chacun de ces témoignages est significatif à lui seul ; *a fortiori* leur ensemble n'est-il que plus probant.

Donc, au total, l'hérédité syphilitique paternelle est une vérité clinique irrécusable.

VII

Et cependant, ainsi que je vous le disais précédemment, l'hérédité paternelle de la syphilis a été méconnue, mise en doute, contestée, voire absolument récusée. Comment cela a-t-il pu se produire ?

Comment s'est-il trouvé des praticiens instruits, distingués, éminents, pour affirmer la non-existence de l'hérédité syphilitique *a patre*?

Il est à cela deux grandes raisons que je vais dire et sur lesquelles j'ai même le devoir d'insister longuement, d'abord parce que chacune d'elles est en soi intéressante à connaître, puis, en second lieu et surtout, parce qu'elles constituent deux chapitres vraiment majeurs dans l'étude de l'hérédité syphilitique paternelle.

Premier point. — Ce qui explique tout d'abord que l'hérédité syphilitique paternelle ait pu être méconnue, c'est qu'elle est loin de s'exercer *dans tous les cas* où elle aurait à s'exercer, ainsi que nous allons l'établir dans un instant.

Conséquemment, on conçoit que des observateurs aussi bons cliniciens que possible, aussi consciencieux que possible, aient pu tomber sur des séries de cas négatifs (j'entends sur des séries de cas où cette hérédité ne s'est pas produite), et que de la sorte ils se soient laissé entraîner à conclure, par une généralisation imprudente, à la non-existence de l'hérédité syphilitique paternelle.

Et, en effet, nombreux, très nombreux sont les cas — je m'empresse de le reconnaître tout aussitôt, après avoir établi en principe le dogme irrécusable de l'hérédité syphilitique paternelle, — très nombreux, dis-je, sont les cas où cette hérédité *ne s'exerce pas*. Nous pouvons même en distinguer de

trois ordres, qui vont tous également concourir à justifier notre proposition.

1° D'abord, à envisager les choses dans leur plus grande généralité, il est absolument certain que quantité d'hommes syphilitiques, mariés à des femmes saines, ont eu des enfants indemnes de syphilis.

Des faits de ce genre ont été cités par nombre de médecins, notamment par MM. Ricord, Cullerier, Notta, Mireur, etc. J'ai pris, pour ma part, il y a une dizaine d'années, la peine bien inutile d'en relater 87 observations circonstanciées[1], et j'en aurais le triple au moins à produire aujourd'hui. Mais à quoi bon? Tout le monde en est là. Quel est celui d'entre nous, ici, qui ne retrouverait dans ses souvenirs personnels un, deux, trois, quatre amis, camarades ou connaissances, qui, affectés de la syphilis avant leur mariage, ont eu plus tard un ou plusieurs enfants sains, absolument exempts de toute lésion syphilitique?

2° Mais il y a plus. On pourrait croire, à s'en tenir à cette première constatation générale, que ce sont les sujets *guéris* de leur syphilis (guéris d'une façon ou d'une autre, ou par le traitement ou par le temps) qui engendrent des enfants indemnes de syphilis. Eh bien, pas du tout! Quand on descend à l'analyse des faits, on voit ceci : que *des sujets non guéris de leur syphilis peuvent avoir des enfants non entachés de syphilis.*

1. V. *Syphilis et mariage*, Pièces justificatives, note I.

A preuve une foule d'observations où des sujets plus ou moins anciennement affectés de syphilis ont engendré des enfants sains, puis, quelques mois ou quelques années plus tard, ont présenté tels ou tels accidents de syphilis, témoignages non équivoques de leur état de *non-guérison* à l'époque où ils ont procréé ces enfants.

Un exemple, entre plus d'une centaine que je pourrais vous rapporter[1].

Un de mes clients, syphilitique depuis une dizaine d'années, se marie et devient père de six enfants. Ces six enfants, je n'ai cessé de les avoir sous les yeux depuis leur naissance; j'ai assisté à leurs moindres indispositions, et je suis autorisé à les déclarer tous absolument sains. Leur mère non plus n'a jamais présenté le moindre symptôme suspect. Or, cet homme a été affecté : 1° après la naissance de son troisième enfant, d'une syphilide tuberculeuse du thorax; 2° après la naissance de son cinquième enfant, d'une gomme palatine.

Donc, voilà un sujet qui a engendré six enfants sains, bien que non-guéri et en dépit d'une syphilis assez vivace et assez persistante pour s'accuser à long terme par une double explosion d'accidents.

3° Et ce n'est pas tout encore. On a vu des sujets syphilitiques engendrer (et cela toujours dans les mêmes conditions, c'est-à-dire la mère étant et demeurant saine), on a vu, dis-je, des sujets syphi-

1. J'ai relaté ailleurs 35 cas de cet ordre (V. *Syphilis et mariage*, 2e édit., Pièces justificatives, note 1, p. 347).

litiques engendrer des enfants sains, alors que leur syphilis était récente et à peine traitée; — alors, qu'ils se trouvaient en pleine période secondaire; — alors qu'ils étaient affectés, *au moment même de la conception de l'enfant*, d'accidents divers de syphilis; — alors, en un mot, qu'ils n'avaient pas encore dépassé cette redoutable période où la diathèse fait pour ainsi dire sa crise aiguë et semble rationnellement devoir être le plus pernicieuse comme dangers de transmission héréditaire. Cullerier, notamment, a cité, à ce point de vue, des cas que je ne puis qualifier autrement que de *stupéfiants,* tant ils vont à l'encontre de ce qui est le plus usuellement observé et des croyances généralement admises.

Deux exemples.

Un jeune homme se marie six mois après avoir contracté la syphilis. Tout aussitôt après le mariage, il est affecté d'une poussée assez intense d'accidents secondaires : roséole, plaques muqueuses gutturales, adénopathies cervicales, douleurs multiples, etc. Cet homme procrée un enfant dans ces conditions. Or, cet enfant vient au monde sain, fort, bien constitué. Et, suivi cinq ans par Cullerier, il reste indemne de tout accident spécifique!

Second cas. — Un homme de 35 ans contracte un chancre syphilitique, ne se traite pas, et aboutit, quelques mois plus tard, à la série classique des accidents secondaires : syphilides cutanées, plaques muqueuses de la bouche et de la gorge, plaques

muqueuses périanales, croûtes impétigineuses du cuir chevelu, alopécie, adénopathies cervicales, etc. Il est alors soumis au traitement mercuriel pendant une quinzaine de jours, et, quinze jours après, il se marie, en dépit de toutes les observations de Cullerier. — Sa femme devient enceinte dès les premières approches conjugales. — Et, neuf mois plus tard, naît un enfant « très bien constitué, très vigoureux », exempt de tout symptôme spécifique. Cet enfant est surveillé huit ans par Cullerier et continue à rester sain. — Deux autres enfants, nés du même père ultérieurement, restent également indemnes[1].

Écoutez encore le récit de cet autre fait qui m'a été obligeamment communiqué par mon si regretté collègue et ami le Dr M. Raynaud. Recueilli dans des conditions toutes spéciales, offrant une chronologie de précision quasi mathématique, ce cas est le plus probant qu'on puisse citer en l'espèce.

Un homme marié contracte la syphilis dans une escapade amoureuse. Pendant plusieurs mois il trouve d'ingénieux prétextes pour éviter tout rapport avec sa femme; mais enfin, un jour, il s'oublie. Le lendemain, il accourt épouvanté chez M. Raynaud, qui constate sur lui des *plaques muqueuses de la bouche*. Neuf mois plus tard, jour

1. Cullerier, *De l'hérédité de la syphilis*, mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1851.

Plusieurs cas de même genre se trouvent consignés dans l'intéressant travail de M. Notta, auquel nous avons déjà fait allusion précédemment (*Arch. générales de méd.*, 1860, t. I).

pour jour, et sans qu'il fût survenu aucun autre rapprochement avec son mari, la jeune femme accouchait, et accouchait d'un enfant sain, lequel, attentivement surveillé par M. Raynaud pendant dix ans, n'a jamais présenté le moindre phénomène d'infection syphilitique.

Ainsi, voilà un homme qui, *le jour même où il engendre un enfant,* est affecté d'accidents d'ordre secondaire et dont l'enfant néanmoins naît exempt de syphilis! En vérité, ce serait à n'y pas croire; et les observations de ce genre, on serait presque tenté de les désavouer, de les renier, si elles n'étaient signées de noms qui font autorité, qui font foi.

Que conclure, donc, de tous ces faits qui, je le répète, ne sont ni réfutables, ni même discutables? Une seule chose :

C'est que l'hérédité syphilitique paternelle ne s'exerce pas dans tous les cas où elle pourrait s'exercer.

Ces faits, il nous faut, en religieux observateurs des données fournies par la clinique, les enregistrer et les accepter, voire *sans les comprendre*; car inutile de dire que, quant à présent, nous ne saurions leur donner aucune explication de nature à nous satisfaire; — et, de même qu'en principe nous avons défendu et démontré l'authenticité de l'hérédité syphilitique paternelle, de même que nous avons reconnu cette hérédité comme une loi, de même nous devons admettre sans hésitation que

cette loi souffre des exceptions, et que ces exceptions, si extraordinaires, si mystérieuses qu'elles puissent nous paraître, n'en portent pas moins, elles aussi, le cachet de la plus parfaite authenticité.

Second point, celui-ci est des plus curieux, je puis dire aussi des moins connus. J'appelle donc sur lui toute votre attention.

Une raison qui certes a pu, en nombre de cas, faire méconnaître l'influence hérédo-paternelle de la syphilis, c'est que *cette influence se traduit bien moins souvent par la transmission de la syphilis* EN L'ESPÈCE *que par des manifestations, des accidents d'un autre ordre*, lesquels, n'ayant plus rien de syphilitique en apparence, peuvent facilement donner le change sur leur véritable origine. — Je m'explique.

Certes, les enfants issus d'un père syphilitique et d'une mère saine peuvent recevoir la syphilis de leur père et présenter des manifestations d'ordre purement syphilitique. Mais c'est là, sinon l'exception, au moins le cas le moins commun.

Ce qui est bien autrement fréquent (remarquez ceci), c'est que l'influence hérédo-syphilitique paternelle se traduise d'une autre façon. — Et comment?

Par des avortements;

Par des accouchements prématurés d'enfants morts ou moribonds;

Par la naissance d'enfants vivants, qui succombent à courte échéance, à échéance de quelques semaines, de quelques mois, parfois de quelques années, et qui succombent emportés par diverses maladies, au nombre desquelles les plus fréquentes sont :

La débilité native ; — la consomption sans cause cliniquement appréciable ; — des accidents cérébraux, des convulsions, l'hydrocéphalie, etc.

Que si de tels accidents (avortements, accouchements prématurés, morts rapides après la naissance, etc.) ne se produisaient que d'une façon rare ou peu commune dans les conditions susdites, on serait en droit de les considérer comme des coïncidences de pur hasard. Mais c'est que, tout au contraire, ils se manifestent en pareil cas avec une fréquence telle qu'ils constituent le fait courant, le fait habituel, presque *la règle*.

De sorte qu'alors, au nom de la plus élémentaire logique, au nom du bon sens, ils s'imposent en toute évidence comme des effets d'une seule et même cause, comme des résultats d'une influence qui leur est commune, à savoir, de l'influence hérédo-syphilitique paternelle. Impossible de méconnaître, de récuser cette cause, cette influence, et de ne pas y rapporter toutes les conséquences dont je viens de parler.

Au surplus, jugez-en par la statistique suivante.

J'ai réuni, comme je vous le disais il n'y a qu'un instant, un certain nombre d'observations bien au-

thentiques de grossesses issues d'un père syphilitique et d'une mère saine. Or, à ne parler que du seul ordre de cas que nous ayons à envisager pour l'instant, c'est-à-dire des cas où ces grossesses se sont terminées d'une façon malheureuse, que s'est-il produit? En autres termes, alors que l'influence hérédo-paternelle s'est montrée nocive, comment, de quelle façon s'est-elle montrée nocive? Le voici, d'après les résultats fournis par 103 grossesses de cet ordre :

I. Enfants nés vivants, puis affectés de *syphilis héréditaire immédiate ou précoce*.	17 cas.
II. Enfants nés vivants, puis ayant présenté des symptômes de *syphilis héréditaire tardive*.	2 —
III. Avortements, ou accouchements prématurés d'enfants morts.	41 —
IV. Enfants morts à diverses échéances (mais très généralement à brève échéance) sans manifestations spécifiques évidentes.	43 —
Total	103 cas.

Ainsi, sur 103 cas, 19 enfants seulement ont hérité de la syphilis paternelle *en l'espèce*, tandis que 41 sont morts avant de naître, et 43 nés vivants sont morts à courte échéance.

C'est-à-dire, conséquemment, que l'influence hérédo-paternelle s'est traduite :

1° Par la transmission de la syphilis, *dix-neuf* fois ; — au pourcentage, 18 pour 100.

2° Par la mort, *quatre-vingt-quatre* fois ; — au pourcentage, 81 pour 100.

Eh bien, comparez ces deux chiffres (81 0/0 et

18 o/o), et voyez quel écart significatif de l'un à l'autre. Voyez combien la proportion des cas mortels sans manifestations syphilitiques apparentes (voire constatables à l'autopsie) dépasse celle des transmissions syphilitiques *en l'espèce*.

Ici, cependant, je prévois une objection, d'ailleurs bien légitime. On dira peut-être : « Mais ce chiffre de 84 morts imputées à l'hérédité n'est-il pas excessif et ne demanderait-il pas à être abaissé ? Car, en toute évidence, les femmes n'ont pas besoin d'un mari syphilitique pour avorter, pas plus que les enfants n'ont besoin d'un père syphilitique pour mourir. » Soit ! répondrai-je, cela n'est pas niable. Mais abaissons cette proportion de mortalité ; de 81 pour 100 réduisons-la à 70 pour 100, à 60 pour 100, à 50 pour 100, voire davantage encore, si vous le voulez. Toujours est-il que, toutes ces déductions faites, même faites à l'excès, il n'en subsistera pas moins un écart considérable entre les deux chiffres en question, écart dont l'inéluctable signification est la suivante, à savoir :

Que *l'influence hérédo-syphilitique du père se traduit bien plus souvent par la mort de l'enfant que par la transmission de la syphilis à l'enfant.*

En autres termes, la syphilis paternelle *tue* l'enfant bien plus souvent qu'elle ne se borne à lui transmettre la syphilis.

Heureux donc, pourrait-on dire, les fils de pères syphilitiques, alors qu'ils en sont quittes avec

l'héritage paternel au prix de la syphilis! Car ils avaient droit à pis que cela; car, normalement, la mort était pour eux l'éventualité la plus probable.

Voilà ce qui ressort de la statistique précédente.

Eh bien, maintenant, laissez-moi dire que les résultats de cette statistique concordent absolument avec ce qu'on peut appeler le courant de l'opinion, l'impression générale. Interrogez quelque praticien ayant l'expérience de telles choses; il ne manquera guère, après avoir consulté ses souvenirs qui, pour n'être pas chiffrés, n'en seront pas moins conformes à la vérité clinique, de vous répondre ceci : « Il est assez rare de voir un enfant issu d'un père syphilitique et d'une mère saine naître avec la syphilis, tandis qu'il est absolument commun de voir *mourir* les enfants nés d'un père syphilitique et d'une mère saine. Ah! voilà, par exemple, ce qui s'observe en pratique d'une façon courante! Quantité de pères syphilitiques, surtout au début de leur mariage, ne procréent d'enfants que pour les voir mourir. » Et tout aussitôt ledit praticien vous racontera tels ou tels cas de sa clientèle, où un père syphilitique aura perdu un, deux, trois, quatre enfants.

C'est là, tout au moins, ce que m'ont répondu nombre de mes collègues, nombre d'accoucheurs notamment, que j'ai consultés sur ce point. Et la concordance de leur opinion avec les résultats de ma statistique personnelle m'est particulièrement

précieuse, car elle constitue un témoignage probant à l'appui des idées que je viens de soutenir.

En effet, telle est bien, je crois, la vérité clinique. Et ainsi doit être envisagée l'hérédité syphilitique paternelle quant à ses résultats. C'est une hérédité qui, somme toute, ne s'exerce que d'une façon relativement peu commune en tant que transmission de la syphilis en l'espèce ; tandis que c'est une hérédité bien plus souvent et bien autrement dangereuse en ce qu'elle est susceptible de transmettre à l'enfant quelque chose de plus grave encore que la vérole, à savoir, ce que j'ai appelé d'une façon générique *l'inaptitude à la vie*, inaptitude à la vie se traduisant soit par la mort *in utero*, soit par la mort peu de temps après la naissance, comme conséquence d'une débilité native, d'une déchéance originelle, d'une résistance vitale insuffisante.

Au total donc et comme conclusion, le résultat le plus commun, le danger par excellence de l'hérédité syphilitique paternelle, c'est la *mort de l'enfant*.

En résumé, nous venons de voir tour à tour : 1° que l'hérédité paternelle est bien loin de s'exercer dans tous les cas où il est à croire qu'elle pourrait, qu'elle devrait s'exercer ; — 2° qu'elle se traduit bien moins souvent par la transmission de la syphilis en l'espèce que par des manifestations d'un autre ordre n'ayant rien de syphilitique en appa-

rence et pouvant facilement donner le change sur leur véritable origine.

Eh bien, s'il en est ainsi, ne voyez-vous pas comment une erreur est possible, sinon facile, relativement à l'appréciation de l'influence paternelle en fait d'hérédité syphilitique ? Ne concevez-vous pas maintenant qu'en raison de telle ou telle des deux considérations précitées il ait pu se trouver des médecins pour tenir en doute, voire pour récuser absolument l'hérédité syphilitique paternelle? Et cela, ou bien parce que le hasard a pu leur faire rencontrer toute une série de cas où cette hérédité ne s'est pas produite, ou bien parce qu'ils ont pu méconnaître les formes non syphilitiques d'apparence sous lesquelles se traduisait cette hérédité, alors qu'elle s'exerçait d'une façon autre que par la transmission de la syphilis en l'espèce.

Telle est, sans aucun doute, la double raison de l'erreur à laquelle ont été conduits les médecins qui ont récusé l'hérédité syphilitique paternelle.

Or, cette erreur, il était important de la réfuter, en raison des conséquences qu'elle comporte, et c'est pourquoi je n'ai pas reculé devant la longue argumentation qui précède. Ces conséquences, en effet, sont des plus graves et doivent dès l'instant être signalées. Elles sont de deux ordres. Les unes concernent l'enfant ; — les autres concernent la mère.

D'une part, l'enfant est gravement menacé par la

syphilis de son père ; nous venons de voir comment et à quel degré.

Mais, d'autre part aussi, l'hérédité paternelle est également une menace, un danger pour la mère, qui peut subir le contre-coup de cette hérédité en recevant de l'enfant qu'elle porte dans son sein la syphilis que cet enfant tient de son père. C'est là, vous le savez, ce qu'on appelle la syphilis par conception, laquelle, au total, est donc fille de l'hérédité paternelle, si je puis ainsi parler. Or, ainsi que j'aurai bientôt à vous le dire, cette syphilis par conception ne laisse pas d'être assez commune.

En résumé, donc : UN PÈRE SYPHILITIQUE EST DANGEREUX DIRECTEMENT POUR SON ENFANT DE PAR SA SYPHILIS PERSONNELLE ; — ET IL EST DANGEREUX INDIRECTEMENT POUR SA FEMME DE PAR LA SYPHILIS DONT IL PEUT INFECTER HÉRÉDITAIREMENT SON ENFANT.

Certes — et c'est là un point sur lequel j'aurai à insister longuement dans l'un des chapitres qui doivent suivre — l'hérédité paternelle est très inférieure comme degré d'intensité nocive à l'hérédité maternelle et à l'hérédité mixte. Mais notez que cette infériorité, elle la compense, et la compense bien largement, par la fréquence des cas où elle est susceptible de s'exercer.

Et, en effet, dans les ménages où un seul des conjoints est affecté de syphilis, la syphilis n'est-elle

pas, sauf exception des plus rares, du côté du mari? Je n'ai vu que treize fois sur cinq cents cas la femme apporter la syphilis dans le ménage, tandis que j'ai constaté l'inverse quatre cent quatre-vingt-sept fois.

En second lieu, les ménages où le mari *seul* est syphilitique ne sont-ils pas infiniment plus nombreux que ceux où les deux conjoints sont infectés? Car, somme toute, la femme échappe assez souvent à la syphilis du mari.

D'où résulte ceci :

L'hérédité syphilitique paternelle, bien que moins nocive que les deux autres hérédités syphilitiques (hérédité maternelle et hérédité mixte), se trouve devenir en réalité la plus désastreuse, devenir celle qui fait le plus de victimes, parce que c'est celle qui a le plus souvent l'occasion de s'exercer; numériquement, on peut la dire l'hérédité prépondérante.

Conséquemment, c'est elle, surtout, qu'il faut viser et combattre par les deux ordres de moyens dont nous disposons en pratique et dont j'aurai plus tard à vous entretenir, à savoir : Le traitement, qui, comme nous le verrons, exerce une influence considérable sur l'hérédité, en atténuant, voire en annulant sa puissance de transmission; — et l'interdiction du mariage aux sujets incomplètement guéris, restant susceptibles d'être encore dangereux pour leurs enfants ou pour leurs femmes.

VIII

PARALLÈLE DES TROIS HÉRÉDITÉS SYPHILITIQUES.

(HÉRÉDITÉ PATERNELLE, HÉRÉDITÉ MATERNELLE, HÉRÉDITÉ MIXTE)

Nous avons vu, par ce qui précède, que l'hérédité syphilitique reconnaît une triple provenance :

Elle peut dériver du père, exclusivement ;

Elle peut dériver de la mère, exclusivement ;

Elle peut dériver des deux géniteurs.

Or, cela posé, il va être curieux pour nous maintenant de mettre en parallèle ces trois hérédités, pour les étudier à divers points de vue.

Déjà nous sommes renseignés sur leur degré de fréquence relative, et nous savons positivement ceci : Que la plus commune, et de beaucoup, est l'hérédité paternelle ; — et que la moins commune des trois, à une très longue distance, est l'hérédité maternelle exclusive.

Mais un point d'importance bien supérieure réclame notre attention tout aussitôt; et celui-ci, tout naturellement, a trait aux *dangers* que comportent ces trois hérédités. Sont-elles également nocives quant à leurs résultats? Ou bien, si elles le sont à des degrés différents, à quels degrés relatifs le sont-elles? Et laquelle, en définitive, est la plus pernicieuse, la plus redoutable?

Eh bien, l'observation clinique nous a éclairés sur ces derniers points ; et deux propositions, que je puis bien énoncer à l'avance, quitte à les justifier par ce qui va suivre, résument l'ensemble de nos connaissances sur le sujet. Les voici :

1° *L'hérédité maternelle est infiniment plus nocive que l'hérédité paternelle ;*

2° *L'hérédité mixte* (celle qui dérive des deux conjoints) *est plus nocive que telle ou telle des deux autres hérédités s'exerçant séparément, s'exerçant d'une façon exclusive.*

De cela voici maintenant la démonstration.

1° L'hérédité maternelle, ai-je dit, est infiniment plus nocive que l'hérédité paternelle.

Et, en vérité, comment pourrait-il en être autrement? *A priori,* ce résultat s'impose. L'influence du père, en effet, n'est et ne peut être qu'une influence héréditaire, au sens strict du mot, c'est-à-dire une influence de *fécondation ;* tandis que celle de la mère, c'est d'abord, au même titre que pour le père, une influence d'hérédité, mais c'est aussi une influence de *nutrition,* de *développement.* C'est une influence qui s'exerce et se continue pendant toute la grossesse, puisque l'enfant vit et se nourrit de sa mère pendant neuf mois, tandis que celle du père cesse aussitôt après la fécondation.

Il est donc évident, de ce chef seul, que les altérations de la santé maternelle doivent retentir sur

le fœtus. Peut-être encore n'est-il pas impossible que cette condition spéciale ne renforce *in utero* l'intoxication héréditaire du fœtus et ne l'aggrave.

Voilà ce que préjuge le bon sens et ce que confirme de tous points la clinique.

En tout cas, pour une raison ou pour une autre, les résultats de l'hérédité maternelle peuvent être dits désastreux, comme vous allez le voir.

Que nous ne soyons pas autorisés quant à présent à en juger en dernier ressort, étant donné le petit nombre de cas où il nous a été permis de l'apprécier exactement jusqu'à ce jour, je n'en disconviens pas. Mais ce que nous en savons, ce que nous en connaissons suffit bien d'ores et déjà à nous montrer le haut degré de nocivité, de *perniciosité* même, oserai-je dire, que comporte cette hérédité maternelle.

Laissez-moi, en effet, vous rappeler sommairement les résultats que m'ont fournis à ce sujet les treize cas bien authentiques (recueillis dans ma clientèle de ville) dont j'ai déjà eu l'occasion de vous parler précédemment.

De treize ménages, où la femme *seule* était syphilitique (le mari étant indubitablement exempt de syphilis), sont issues 28 grossesses, qui ont abouti à ceci :

7 enfants vivants [1];

1. De ces sept enfants, quatre étaient syphilitiques; — trois sont restés sains (au moins tant que je les ai eus en observation).

15 enfants morts (à courte échéance, en général[1]);

Et 6 fausses couches.

Au total, donc, 21 cas de mort sur 28 grossesses; ce qui équivaut à une mortalité de 80 pour 100!

Un tel chiffre, en vérité, n'a pas besoin de commentaires. Jamais rien de semblable, de l'aveu unanime, ne s'observe comme résultat de l'influence hérédo-paternelle. *Il n'est que la mère qui soit nocive à ce degré pour sa progéniture.*

D'ailleurs, ce caractère malfaisant, malin, pernicieux, de l'hérédité maternelle ressortira mieux encore pour vous, j'en ai la conviction, du récit ou de l'analyse de quelques-unes de ces observations.

Rappelez-vous d'abord le fait de cette jeune femme qui, infectée au sein par la nourrice de son enfant, devint enceinte quatre fois, au cours des années suivantes, du fait de son mari sain, et avorta quatre fois.

Rappelez-vous encore l'observation également précitée de cette nourrice qui, déjà mère d'un enfant sain et robuste, fut infectée par un nourrisson syphilitique et devint ultérieurement enceinte six fois (toujours du fait de son mari resté indemne). Or, ces six grossesses se terminèrent ainsi :

Trois fois par avortement;

1. Sur ces quinze enfants, neuf sont morts d'accidents indubitablement syphilitiques, et les six autres de débilité, de consomption progressive, de convulsions, etc.

Trois fois par la naissance d'enfants étiques qui succombèrent à courte échéance.

Plus instructive encore est la navrante histoire de l'une de mes clientes.

Mariée à un homme sain, elle commence (notez ceci, car c'est intéressant comme contraste) par avoir deux beaux enfants, âgés aujourd'hui de dix-neuf et de dix-sept ans. Elle reçoit alors la syphilis de son mari, et, un an après, accouche d'un enfant syphilitique qui succombe à trois mois.

Puis, devenue veuve, elle se remarie bientôt avec un homme sain, que j'ai examiné plusieurs fois et sur lequel je n'ai jamais constaté le moindre symptôme suspect. De ce second mari elle a six enfants, qui tous meurent dans les conditions que voici :

Premier enfant. — Syphilitique. — Mort à six semaines.

Deuxième enfant. — Syphilitique. — Mort à cinq mois.

Troisième enfant. — Syphilitique. — Mort à quatre mois et demi.

Quatrième enfant. — Syphilitique. — Mort à cinq mois.

Cinquième enfant. — Syphilitique (?) — Mort à neuf mois.

Sixième enfant. — Syphilitique. — Mort à neuf mois[1].

1. Trois ans après la naissance de ce sixième enfant, j'ai été consulté par sa mère, alors affectée d'une gomme du voile palatin, avec début de perforation.

Quelle nocivité, quelle perniciosité! — Eh bien, c'est là ce que réalise, non pas toujours assurément, mais d'une façon assez commune, l'influence hérédo-syphilitique de la mère; et c'est là ce qui la rend si particulièrement dangereuse pour l'enfant.

2° L'hérédité mixte, ai-je dit en second lieu, est plus nocive que l'hérédité exclusive du père ou de la mère.

N'est-ce pas là encore, en toute évidence, un résultat que théoriquement préjuge le bon sens? Chacun pressent *a priori* que deux influences nocives venant à conspirer contre le fœtus doivent être plus redoutables qu'une seule. L'une s'ajoute à l'autre.

En second lieu, c'est là un fait qui dérive de l'expérience clinique. Certains cas, d'un ordre tout particulier, démontrent bien que, lorsque l'influence d'un géniteur vient s'ajouter à celle de l'autre géniteur, les risques de l'hérédité se trouvent accrus.

Tel est, par exemple, ce cas cité par Diday :

Une femme syphilitique se marie avec un homme sain. Elle a de lui plusieurs enfants sains et bien portants. Elle se rapproche alors de l'amant qui, avant son mariage, lui a communiqué la syphilis, devient enceinte, et accouche d'un enfant syphilitique, qui meurt de syphilis[1].

1. V. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. *Syphilis*, p. 564. — Un second fait semblable se trouve cité par le même auteur à la suite du précédent.

Autre fait semblable. — Un de mes clients se marie (malgré moi, bien entendu) dès la première année de sa syphilis. Sa femme, restée indemne, lui donne un enfant sain. — Puis, quelques mois plus tard, cette femme est contagionnée par son mari, qui continue à présenter des accidents secondaires et à se traiter aussi négligemment que possible. Elle devient alors enceinte et accouche d'un enfant syphilitique qui ne tarde pas à succomber.

Ainsi, dans ces deux cas, de par la seule influence syphilitique soit paternelle, soit maternelle, enfants naissant indemnes ; — et dans l'un et l'autre, de par l'influence combinée des deux géniteurs, enfants entachés de syphilis.

Ces deux observations ne sont-elles pas absolument significatives ?

Donc, l'hérédité syphilitique a d'autant plus de chances pour s'exercer qu'elle dérive des deux conjoints.

Ces conclusions énoncées d'une façon générale, permettez-moi maintenant — la chose en vaut bien la peine — de les étayer de quelques résultats statistiques, de quelques chiffres.

Ces chiffres, je vais les emprunter aux nombreuses observations que, de vieille date, j'ai accumulées sur le sujet.

Dépouillant avec rigueur ces observations, j'ai d'abord tenté d'établir sur des bases numériques les deux points que voici :

1° Quelle est, pour les trois hérédités syphilitiques (hérédité paternelle, hérédité maternelle, hérédité mixte), la proportion des cas dans lesquels chacune d'elles s'est montrée *inoffensive* ou *nocive ?*

2° Quelle est, de même, la proportion des cas dans lesquels chacune d'elles a été *mortelle.*

Puis, cela fait, j'ai établi par le calcul, pour chacune des trois hérédités susdites, ce qu'on peut appeler son INDICE DE NOCIVITÉ et son INDICE DE MORTALITÉ, c'est-à-dire la proportion relative des cas dans lesquels chacune d'elles a été ou nocive ou mortelle.

Or, voici ce à quoi j'ai abouti, sur un total de plus de 500 cas :

	INDICE DE NOCIVITÉ.	INDICE DE MORTALITÉ.
Hérédité paternelle (exclusive). . .	37 %	28 %
Hérédité maternelle (exclusive). . .	84 %	60 %
Hérédité mixte.	92 %	68,5 %

C'est-à-dire (du moins d'après les faits qui se sont présentés à moi) que :

L'hérédité paternelle s'est montrée *nocive* en 37 cas sur 100 ;

L'hérédité maternelle, en 84 cas sur 100 ;

L'hérédité mixte, en 92 cas sur 100.

C'est-à-dire, de même, que ces trois hérédités se sont traduites par une *mortalité* de :

28 pour 100 pour l'hérédité paternelle;

60 pour 100 pour l'hérédité maternelle;
68,5 pour 100 pour l'hérédité mixte[1].

D'où il suit, en conséquence :

1° Que, des trois modes possibles de l'hérédité syphilitique, le *mode paternel* (c'est-à-dire l'hérédité exclusive du père) *est celui qui tout à la fois s'exerce le moins souvent et se traduit par la mortalité moindre ;*

2° Que *le mode maternel est au contraire infiniment plus dangereux,* puisque, d'une part, il s'exerce deux fois plus souvent que le mode pater-

1. Une jeune et laborieuse étudiante, Mlle Hélène Krikus, a fait, relativement à ce sujet, le dépouillement de tous les cas de même ordre qui ont été observés dans mon service (Clinique de la Faculté) depuis une dizaine d'années.

Sur un total de 500 observations, elle a abouti aux résultats suivants, que l'on trouvera signalés en détail dans sa thèse inaugurale (*Mortalité des enfants hérédo-syphilitiques*, Thèses de Paris, 1890) :

Proportion de mortalité infantile dérivant de la syphilis paternelle. 48 0/0
Proportion de mortalité infantile dérivant de l'hérédité mixte. 78 0/0

Ces deux chiffres, on le remarquera, sont notablement supérieurs aux miens (28 et 69 0/0), empruntés, je le répète, à la clientèle de ville.

Mais cette différence, c'est-à-dire cet *excès de mortalité infantile* dans le public qui peuple nos hôpitaux, n'est qu'un résultat auquel on devait s'attendre. Ce résultat, nul doute qu'il ne dérive d'un ensemble de conditions défavorables qu'on observe à l'hôpital bien plus qu'en ville, à savoir : Insuffisance ou même absence de traitement, hygiène défectueuse, unions plus précoces, privations, alcoolisme, débauche, voire débauche professionnelle pour certaines femmes, etc., etc.

J'avais prévu et prédit ce résultat, que le dépouillement de nos observations a confirmé.

nel ($84 > 37 \times 2$), et que, d'autre part, il comporte un indice de mortalité plus que double ($60 > 28 \times 2$).

L'hérédité de la mère est donc (peut-on dire approximativement) deux fois plus fréquente et deux fois plus meurtrière que celle du père[1].

3° Que *l'hérédité mixte est celle qui atteint le maximum, l'apogée, tout à la fois comme indice de nocivité et comme indice de mortalité.*

C'est elle qui fait le plus de victimes et qui en tue le plus.

Notons encore au passage un dernier point très digne d'attention. C'est que, comme indice de no-

1. Il ne faut pas qu'il y ait méprise ici sur deux choses absolument différentes, à savoir : La fréquence absolue suivant laquelle telle ou telle des deux hérédités, paternelle ou maternelle, peut s'exercer; — et la proportion relative pour laquelle chacune d'elles s'exerce dans un nombre de cas donné.

Ce sont là, bien manifestement, deux points de vue absolument distincts, n'ayant rien de commun; et, non moins évidemment, c'est le second seul qui se trouve en cause dans la discussion actuelle.

La syphilis étant infiniment plus fréquente chez l'homme que chez la femme, il suit de là en toute nécessité que l'hérédité paternelle a infiniment plus d'occasions de s'exercer que l'hérédité maternelle. Donc, l'hérédité paternelle, absolument, est bien plus commune en pratique que l'hérédité maternelle.

Mais la proportion se trouve renversée lorsqu'on met en parallèle deux nombres égaux de cas où telle ou telle de ces deux hérédités peut réagir sur le fœtus et l'enfant. On voit alors l'hérédité maternelle devenir prépondérante ; on la voit, d'une part, s'exercer deux fois plus fréquemment que l'hérédité paternelle (:: 84 : 37), et, d'autre part, être deux fois plus meurtrière (:: 60 : 28).

Je le répète, gardons-nous de confondre (ce qu'on fait quelquefois dans le langage courant) la proportion de *fréquence absolue* et de *fréquence relative* des deux hérédités masculine et féminine.

civité et de mortalité, l'hérédité mixte est bien plus voisine de l'hérédité maternelle que celle-ci ne l'est de l'hérédité paternelle. Elle se rapproche de l'hérédité maternelle, tandis qu'elle est énormément distante de l'hérédité paternelle. Voyez les chiffres.

Or, cela ne veut-il pas dire que, des deux facteurs qui collaborent à l'hérédité mixte, c'est le facteur *maternel* qui confère à cette dernière son élément principal et prédominant de nocivité ? Cela ne veut-il pas dire, plus simplement, que, dans un ménage à deux géniteurs syphilitiques, dans ce qu'on peut appeler le *couple syphilitique,* c'est de l'influence maternelle, c'est de la mère que dérivent les plus grands dangers pour l'enfant ?

De là, comme corollaires et comme applications pratiques, deux enseignements majeurs, essentiels, à savoir :

1° Que, dans un ménage syphilitique, c'est la femme qu'il faut surtout traiter (sans préjudice du mari, bien entendu), qu'il faut traiter avec assiduité, avec persévérance, avec acharnement, oserai-je dire. Or, telle est précisément l'indication qui se trouve *le moins réalisée en pratique*. L'expérience, en effet, apprend ceci, que, dans un ménage syphilitique, c'est toujours la femme, à savoir la future mère, qui est le moins traitée ; c'est toujours la femme (et cela pour des raisons dont je vous ai parlé ailleurs[1] et que vous devinez de reste) dont le trai-

1. Un fait peut être posé en axiome, tant il ressort de l'expérience pratique : C'est *que plus une femme est honnête, c'est-à-dire de*

tement reste négligé, incomplet, tronqué, au total insuffisant.

2° Et, en second lieu, qu'*une femme syphilitique en état de grossesse doit toujours être traitée,* et traitée d'autant plus rigoureusement, d'autant plus scrupuleusement, que le salut de son enfant peut être à ce prix. Or, l'époque n'est pas encore bien loin de nous où le principe même du traitement de la femme syphilitique en état de grossesse était contesté, récusé ; et de nos jours même (j'en pourrais citer des preuves) il n'est pas rare que le traitement de la femme syphilitique enceinte ne donne pas les résultats qu'il devrait produire, qu'il est apte à produire, uniquement par suite de la timidité, de la réserve peureuse avec laquelle il est institué.

condition régulière, plus elle a de chances pour être mal traitée de la syphilis. Voyez, par exemple, ce qui arrive aux femmes mariées qui reçoivent la syphilis de leur mari. C'est presque invariablement la même histoire qu'on retrouve plus tard dans leurs antécédents, histoire qui se reproduit à chaque instant dans mes notes. Au début de leur mal, ces femmes ont toujours été traitées *quelque peu* (réserve encore faite pour certaines qui, grâce à l'imbécillité ou au sauvage égoïsme de leurs maris, ne l'ont pas été du tout). Elles ont été « blanchies », passez-moi l'expression vulgaire, mais consacrée. Puis, au delà, on s'est hâté de renoncer à un traitement qui aurait pu éveiller les soupçons et devenir *compromettant pour le mari.* Le plus tôt possible on a congédié le médecin, et les choses en sont restées là. Or, qu'advient-il en pareille occurrence ? C'est que la syphilis, bien entendu, ne perd pas ses droits sur ces malheureuses femmes, en l'honneur de leur qualité de femmes mariées, de femmes honnêtes, et que cinq ans, dix ans, vingt ans plus tard, se produisent sur elles des symptômes tertiaires plus ou moins sérieux, quelquefois graves, voire mortels.

C'est là un point que j'ai longuement traité dans mes leçons sur *Syphilis et mariage*, en produisant de nombreux documents à l'appui. (Voir ouvrage cité, 2e édit., p. 284 et suiv.)

Je me borne pour l'instant à vous signaler au passage ces deux enseignements, sur lesquels j'aurai plus tard à revenir en détail.

IX

MODIFICATEURS DE L'INFLUENCE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE.

Ce parallèle établi entre les trois ordres d'hérédité syphilitique, relativement aux dangers que comporte chacun d'eux, un autre point — et celui-ci d'une importance capitale en l'espèce — va maintenant réclamer toute notre attention. C'est l'étude des *conditions qui peuvent modifier l'influence hérédo-syphilitique,* et cela dans un sens ou dans un autre, c'est-à-dire qui peuvent ou bien exaspérer cette influence, ou bien l'atténuer, l'amoindrir, parfois même l'éteindre absolument.

Pour nous, praticiens, voilà par excellence un sujet digne d'étude et fécond en applications ; aussi ne craindrai-je pas d'entrer dans tous les développements qu'il exige.

Bien que nous ne l'ayons pas spécifié jusqu'à présent, un fait a dû ressortir implicitement pour vous de ce qui précède, à savoir : Que l'hérédité syphilitique, quelle qu'en soit la provenance, n'a rien de fatal, rien d'obligatoire en soi.

Et, en effet, l'hérédité syphilitique n'est rigou-

reusement fatale dans aucune de ses conditions possibles de provenance. Ainsi :

1° Elle n'est pas fatale, d'abord, alors qu'elle procède du père. Cela, nous le savons de reste, dès maintenant, par toute une série de cas relatés dans ce qui précède. Au passage, ajoutons à ces cas une observation assez piquante due à M. Langlebert.

Un mari syphilitique eut de sa femme, infectée par lui, deux enfants syphilitiques, et, d'une maîtresse, restée indemne, un enfant parfaitement sain, bien que cet enfant ait hérité d'une malformation du pouce propre à la famille paternelle[1].

2° L'hérédité syphilitique n'est pas plus fatale alors qu'elle dérive de la mère. On a vu (par exception, il est vrai) des femmes syphilitiques donner le jour à des enfants sains, alors qu'elles étaient en pleine période secondaire. Je me rappelle, pour ma part, le cas d'une de mes malades qui accoucha d'un enfant des mieux portants, alors qu'elle était affectée, au moment même de ses couches, d'une syphilide scléro-gommeuse.

3° L'hérédité syphilitique n'est même pas fatale de la part du *couple* syphilitique, ainsi que vous le savez déjà par plusieurs exemples précités.

4° Enfin, nous verrons par ce qui va suivre qu'elle a pu quelquefois ne pas s'exercer dans les conditions rationnellement les plus défavorables, c'est-à-dire alors que tout semblait réuni pour que le risque

1. Nouveau diction. de méd. et de chir. pratiques, art. *Syphilis* t. XXXIV, p. 685.

héréditaire encouru par l'enfant fût en quelque sorte inéluctable. Ce qui justifie cette boutade spirituelle de M. Diday d'après laquelle, « si le premier caractère d'une maladie héréditairement transmissible est de se transmettre, le second est de pouvoir ne pas se transmettre. »

Or, s'il en est ainsi, il faut, en toute évidence, qu'il y ait des raisons à ces éventualités contradictoires; il faut qu'en tels cas une raison quelconque fasse que l'hérédité spécifique s'exerce, et qu'en tels autres une raison opposée fasse que cette hérédité ne s'exerce pas. Il faut que tantôt il y ait des conditions qui mettent en éveil l'influence héréditaire de la syphilis, comme il faut que tantôt il y en ait d'ordre inverse qui suspendent et annihilent cette influence. Cela est forcé, cela s'impose.

Or, est-il besoin de dire que, ces conditions, nous aurions tout intérêt à les connaître, intérêt scientifique, intérêt doctrinal, intérêt pratique?

Quelles sont-elles donc, quelles peuvent-elles être? C'est là ce qu'il nous incombe de rechercher actuellement.

Déclarer, comme préambule de cette étude, que nous sommes loin de connaître toutes les conditions qui peuvent, dans un sens ou dans un autre, influer sur l'hérédité syphilitique, serait un aveu presque superflu. Mais, enfin, si nous ne les connaissons pas toutes, il en est au moins quelques-unes (et ce ne sont pas heureusement les moins impor-

tantes) sur lesquelles nous sommes d'ores et déjà absolument fixés. C'est de celles-là que je vous parlerai tout d'abord, me réservant de vous exposer plus tard le bilan de ce que nous ignorons encore.

X

INFLUENCE EXERCÉE PAR LE TEMPS.

Une condition toute-puissante pour modifier l'influence héréditaire de la syphilis, c'est à coup sûr L'AGE même de la maladie.

Nul doute, nulle contestation possible à ce sujet. C'est un fait remarqué de vieille date et consigné d'une façon positive par divers auteurs, que l'influence héréditaire de la syphilis subit, avec le temps, une décroissance progressive.

Interrogez sur ce point n'importe quel médecin ayant quelque peu d'expérience de la question, et vous obtiendrez invariablement la réponse que voici : « La syphilis jeune est ou peut être terrible comme conséquences héréditaires ; tandis que la syphilis plus âgée se montre bien moins redoutable à ce même point de vue. Très positivement, la maladie s'épuise à mesure qu'elle vieillit, et perd peu à peu de sa puissance de transmission héréditaire. » Quelques médecins ont même soutenu l'opinion qu'il n'est plus d'hérédité possible à la période tertiaire.

Aussi bien, d'une façon générale, sommes-nous autorisés à dire que le temps use, atténue, amoindrit et finit même par annihiler la puissance de transmission au fœtus de la syphilis des parents. Et, en effet, des témoignages multiples témoignent en ce sens, comme vous allez le voir.

D'abord, je pourrais vous citer un certain nombre de cas démontrant que le temps (et le temps seul, indépendamment du traitement) peut corriger et éteindre l'influence hérédo-syphilitique. Exemple :

Trois de mes clients se sont mariés en état de syphilis véritablement non traitée, c'est-à-dire avec une syphilis pour laquelle ils n'avaient fait qu'un traitement presque insignifiant (d'un à quatre mois). Eh bien, tous les trois ont eu une série d'enfants *sains ;* mais pourquoi ? Sans aucun doute, parce qu'ils s'étaient mariés longtemps après le début de leur syphilis, à savoir 5, 10 et 11 ans.

En second lieu, certains cas d'un ordre particulier témoignent mieux encore de l'atténuation progressive exercée par le temps sur l'influence hérédo-syphilitique, en nous montrant cette influence *mitigée par degrés* au fur et à mesure d'une série de grossesses. Ce sont les cas où l'on a vu ceci : l'influence héréditaire commencer par tuer les enfants, qui alors sont expulsés par avortement dès les premiers mois de la grossesse ; — puis, les tuer encore, mais plus tard, si bien que la grossesse se prolonge à un terme plus ou moins avancé ; — puis, les laisser naître à terme, mais à l'état de pe-

tits êtres chétifs et étiques, d'avortons manifestement destinés à une mort prochaine; — puis, leur permettre de naître plus valides, syphilitiques à la vérité, mais capables de résister à leur syphilis; — et, finalement, s'éteindre, s'annihiler, au point que des grossesses ultérieures ne donnaient plus naissance qu'à des enfants vivants et indemnes de syphilis.

Ordonnancé de la sorte, un tel tableau semble fait à plaisir pour la démonstration que je poursuis, tant il s'y accommode à souhait. Eh bien, loin d'être de la fantaisie, comme on pourrait vraiment le croire, c'est là de la réalité clinique; et même les cas de cet ordre ne sont pas rares. En voici deux exemples, au hasard.

Un de mes clients se marie quatre ans après avoir contracté la syphilis. Il a la chance de ne pas contagionner sa femme, que j'ai examinée à maintes reprises et toujours trouvée saine. Or, cette femme est devenue enceinte quatre fois, et ses quatre grossesses se sont terminées comme il suit :

La première, par une fausse couche à trois mois;

La deuxième, par une fausse couche à six mois;

La troisième, par la naissance à terme d'un enfant syphilitique, qui mourut de syphilis à trois mois;

La quatrième, par la naissance à terme d'un enfant sain, qui était sain encore huit ans plus tard, au moment où je perdis de vue cette famille.

Mieux encore. Mon éminent collègue J. Hutchinson a relaté le fait suivant :

Un médecin contracte la syphilis et s'en traite

pendant six mois environ. Se croyant guéri, il se marie trois à quatre ans plus tard. Sa femme reste saine et devient enceinte onze fois. Or, suivez bien les résultats fournis par ces diverses grossesses, et voyez s'ils ne s'accordent pas avec le tableau que je viens de vous tracer relativement à l'atténuation progressive de l'hérédité syphilitique sous l'influence du temps :

Première grossesse; — enfant mort-né.

Deuxième grossesse; — enfant mort-né.

Troisième grossesse; — enfant né vivant, mais syphilitique, et mourant avec les symptômes classiques de la syphilis héréditaire.

Quatrième grossesse; — enfant né vivant, mais syphilitique, et mourant, lui aussi, de la syphilis.

Enfin, sept dernières grossesses amenant des enfants qui, bien que syphilitiques, résistent tous à la maladie et survivent tous.

Jusqu'ici les faits précités n'ont trait qu'à l'hérédité paternelle. Mais on observe également pour l'hérédité mixte, sous l'influence du temps, la même décroissance graduelle de la réaction syphilitique des parents sur les enfants. A cet égard, les faits les plus probants ont été cités par divers auteurs, notamment par Bertin, Diday, Bazin, Roger, Hutchinson, Kassowitz, et bien d'autres encore.

Exemples :

Une observation de Bertin est relative à un ménage syphilitique où six grossesses se terminèrent ainsi :

Première grossesse. — Avortement à six mois. — Enfant mort-né.
Deuxième grossesse. — Avortement à sept mois. — Enfant vivant huit heures.
Troisième grossesse. — Accouchement à sept mois et demi. — Enfant mort.
Quatrième grossesse. — Accouchement à terme. — Enfant syphilitique, survivant dix-huit jours.
Cinquième grossesse. — Accouchement à terme. — Enfant syphilitique, survivant six semaines.
Sixième grossesse. — Accouchement à terme. — Enfant syphilitique, survivant[1].

Un autre fait, dû à M. le Dr Mireur, est encore plus démonstratif. En voici le résumé.

Un jeune maçon contracte la syphilis et se marie au début même de la période secondaire. Il ne manque pas (cela devait être) de contagionner aussitôt sa jeune femme. — Surviennent nuit grossesses dont les résultats (notez bien ceci) se déroulent *suivant l'impulsion propre, naturelle, de la maladie, les deux époux restant vierges de tout traitement*. C'est donc là, prise sur le fait et pure de tout mélange, l'histoire naturelle de la maladie.

Or, ces huit grossesses se terminent de la façon que voici :

Première grossesse ; — *avortement* au cinquième mois ;

Deuxième grossesse ; — *avortement* au septième mois ;

Troisième grossesse ; — accouchement avant terme, d'un enfant *mort* ;

Quatrième et cinquième grossesses ; — enfants

1. Bertin, *Traité de la maladie vénérienne chez les nouveau-nés*, Paris, 1810, p. 142.

vivants, mais *syphilitiques*, mourant le premier à trente jours, le second à quarante-cinq jours;

Sixième, septième et huitième grossesses; — enfants *vivants* et *sains*.

De tels faits, en vérité, sont assez éloquents par eux-mêmes pour nous dispenser de tout commentaire.

Donc, vous le voyez, le temps usé, atténue l'influence hérédo-syphilitique, et peut même finir par l'annuler. Voilà un point définitivement acquis[1].

XI

Maintenant, ce point admis en principe, il nous faut essayer de sortir des généralités, serrer la question de plus près, et déterminer d'une façon autrement précise, si cela toutefois nous est possible, l'influence du temps sur l'hérédité syphilitique.

Eh bien, de l'étude et de la comparaison d'un

1. Je trouve des résultats de tous points semblables énoncés dans une intéressante monographie due au D[r] H. Legrand et basée sur les statistiques de la maternité de Saint-Louis (service de mon collègue et ami le D[r] Porak).

«... Le père étant seul syphilitique peut transmettre la syphilis au produit de conception. Il y est d'autant plus exposé qu'il se trouve *plus près* du début de la syphilis au moment où a lieu la conception.

«... La mère syphilitique avant la grossesse a d'autant plus de chances de mettre au monde un enfant sain que sa syphilis est *plus ancienne.* » — (*La syphilis cause d'avortement*, Thèses de Paris, 1889.)

grand nombre d'observations, soit empruntées à des sources étrangères, soit personnelles, comme aussi de diverses statistiques que j'ai essayé d'instituer, il m'a paru ressortir un certain nombre d'enseignements, j'oserais presque dire de *lois*, si ce terme ne vous semblait pas trop ambitieux. En tout cas, voici ce que m'a paru démontrer mon enquête :

I. — C'est, d'abord, que l'INFLUENCE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE, QUI S'EXERCE D'UNE FAÇON TRÈS INÉGALE AUX DIVERS AGES DE LA MALADIE, COMPORTE UN MAXIMUM ET UN MAXIMUM CONSIDÉRABLE, ÉNORME, QUI CORRESPOND ENVIRON AUX TROIS PREMIÈRES ANNÉES DE L'INFECTION ;

II. — C'est, en second lieu, que LE MAXIMUM DE CE MAXIMUM, si je puis ainsi parler, RÉPOND AU PLUS JEUNE AGE DE LA DIATHÈSE, C'EST-A-DIRE, APPROXIMATIVEMENT, A SA PREMIÈRE ANNÉE ;

III. — C'est, enfin, qu'AU DELA DES TROIS PREMIÈRES ANNÉES DE LA MALADIE, LA DÉCROISSANCE DE L'INFLUENCE HÉRÉDITAIRE SE CONTINUE ENCORE LES ANNÉES SUIVANTES, MAIS D'UNE FAÇON INFINIMENT MOINS MARQUÉE.

Comparons, en effet, la *mortalité* de provenance hérédo-syphilitique aux divers âges de la maladie (aux divers âges de la maladie chez les parents, bien entendu).

Dans l'une de mes statistiques relative à l'hérédité mixte et reposant sur un total de 239 grossesses, je vois que cette mortalité infantile s'est traduite par les chiffres suivants :

Première année [1]	88
Deuxième année	34
Troisième année	17
Quatrième année	7
Cinquième année	5
Sixième année	6
Septième année	5
Huitième année	5
Neuvième année	1
Dixième année	1
Onzième année	2
Douzième année	3
Dix-huitième année	1
Vingtième année	1
Total	176

Or, analysons ces chiffres; que trouvons-nous? Ceci :

1° Que, sur 176 morts d'enfants par hérédo-syphilis, 139 sont comprises dans les trois premières années de l'infection des parents.

Ainsi, la mortalité des trois premières années est presque égale aux 4/5 de la mortalité totale.

2° Que la mortalité de la première année comprend à elle seule exactement la moitié de la mortalité totale.

3° Qu'une décroissance des plus marquées s'accentue ensuite, et cela de la façon suivante :

1. A dater de l'*infection maternelle* dans le mariage.

La mortalité de la deuxième année étant à peu près le tiers de celle de la première;

Celle de la troisième étant la moitié de celle de la deuxième;

Celle de la quatrième n'égalant pas même la moitié de celle de la précédente.

4° Qu'en revanche, enfin, la décroissance de la mortalité, comparée d'une année à l'autre, se ralentit pour les années suivantes.

Maintenant, voulez-vous qu'au lieu de l'hérédité mixte nous prenions l'hérédité maternelle ou paternelle pour y étudier de même l'influence du temps? Nous y retrouverons les mêmes résultats, à savoir : toujours cette même *loi de décroissance* de par le temps. A preuve :

Sur 21 cas de mort par hérédité syphilitique *maternelle,* 12 se sont produits dans les *trois premières années* de l'infection de la mère ; — et, sur ces 12 cas, 6 dans la *première* année.

Aussi bien, sans insister davantage sur une démonstration que j'ai le droit de croire acquise, et sans descendre à d'autres détails d'importance moindre, revenons encore et insistons comme il convient sur les deux faits essentiels, capitaux et éminemment féconds en conséquences pratiques, qui dérivent des diverses considérations précédentes, à savoir :

1° Qu'il est, dans la syphilis, une période parti-

culièrement dangereuse au point de vue des risques héréditaires; — et que cette période, qui s'étend environ aux trois premières années de la maladie, correspond assez exactement à ce qu'on a appelé la *période secondaire;*

2° Que, dans cette période, à son tour, il est une époque où l'influence héréditaire atteint un *fastigium*, un SUMMUM DE NOCIVITÉ, si je puis ainsi dire, au point de devenir littéralement maligne, pernicieuse pour l'embryon; — et que cette époque répond, approximativement, à la première année de l'infection.

A cette époque, au cours de cette *première année*, la transmission héréditaire de la maladie s'exerce d'une façon pour ainsi dire fatale, et s'exerce sous sa modalité la plus grave, à savoir: l'inaptitude à la vie, la mort à brève échéance. C'est, à proprement parler, *l'année terrible*. — Qu'un dernier témoignage achève de vous convaincre à cet égard.

J'ai vu, de mes yeux vu, ceci :

90 femmes, contagionnées par leurs maris, sont devenues enceintes dans la *première année* de leur syphilis. Or, à quels résultats ont abouti ces 90 grossesses? Vous n'oseriez le soupçonner.

50 se sont terminées par avortement ou expulsion d'enfants mort-nés;

38 par naissance d'enfants qui se sont rapidement éteints;

Et 2 par naissance d'enfants qui ont survécu.

Au total, donc, comme dénouement, 88 *morts*

sur 90 grossesses! C'est à n'y pas croire, n'est-ce pas? Et telle est cependant la stricte, l'absolue vérité.

Et notez que ce résultat épouvantable, cette hécatombe, oserai-je dire, je l'ai observée non pas ici ou à Lourcine, c'est-à-dire sur des femmes de situation sociale généralement misérable, dans un milieu où des conditions diverses de mauvaise hygiène, de privations, de surmenage, d'ignorance ou d'indifférence, d'alcoolisme, de débauche, constituent autant de prédispositions à l'avortement; — mais bien *en ville*, dans ma clientèle, dans des familles bourgeoises, sur des femmes jeunes, bien portantes pour la plupart, jouissant de tous les bénéfices de l'aisance, de l'éducation, de l'hygiène, etc.

Quelle leçon (soit dit en passant) à l'adresse de ces sujets indifférents, ignorants ou cyniques, qui ne craignent pas de se porter candidats au mariage avec une syphilis jeune encore et féconde en dangers de cet ordre!

XII

Une dernière question se présente à notre examen :

Existe-t-il, pour la syphilis, *un âge limite,* si je puis ainsi parler, où l'influence héréditaire cesse de s'exercer? — Et, si cet âge existe, quel est-il?

Confessons tout d'abord l'impuissance où nous sommes de répondre à cette double question d'une façon catégorique et précise.

Existe-t-il, pour la syphilis, un âge au delà duquel elle n'est plus susceptible d'exercer son action héréditaire? Probablement oui; je serais même tenté de dire : assurément oui; mais je n'ai pas les moyens de le démontrer. *A fortiori*, donc, manquerai-je de documents pour déterminer quel est l'âge au delà duquel la syphilis n'est plus qu'inoffensive héréditairement.

Deux points, toutefois, dans cette question, ressortent de l'observation clinique et doivent être spécifiés, en attendant mieux.

I. — Le premier, c'est qu'après un certain nombre d'années, alors que la syphilis commence à vieillir, à plus forte raison quand elle est déjà vieille, son influence héréditaire est certainement atténuée d'une façon considérable, et, sinon éteinte sûrement, au moins extrêmement amoindrie, presque réduite à néant.

Si bien qu'à pareilles échéances les risques de transmission héréditaire sont pour ainsi dire nuls.

De cela témoigne l'observation courante. Soit en ville, soit à l'hôpital, il est absolument commun de rencontrer des sujets qui nous racontent ceci :

« Ils ont eu la syphilis et ne s'en sont traités que légèrement, peu de temps, au total d'une façon notoirement insuffisante. — Puis ils se sont mariés

au delà, cinq, six, dix, douze ans plus tard. — Et ils ont eu deux, trois, quatre enfants et plus, tous parfaitement sains. »

Dans ces conditions, l'intégrité, l'immunité des enfants ne peut être logiquement attribuée qu'à ce fait, à savoir : que les individus en question ne sont devenus pères qu'à une époque déjà avancée de leur syphilis, à une époque où leur faculté de transmettre héréditairement l'infection était déjà ou singulièrement atténuée ou éteinte. C'est donc le temps seul en l'espèce qui a été la sauvegarde des enfants.

Impossible, je le répète, d'interpréter ces faits d'une façon autre que par l'*action corrective du temps*.

Voilà donc un premier point qui paraît peu susceptible de contradictions.

II. — Un second point n'est pas moins certain, bien malheureusement. C'est que, même dans ses étapes avancées, la syphilis peut conserver encore son levain de transmission héréditaire.

Il existe très positivement ce qu'on peut appeler une *hérédité syphilitique à long terme*. Pas de contradiction possible à ce fait, que la syphilis, même sur ses vieux jours, reste encore susceptible d'exercer son néfaste pouvoir de transmission héréditaire.

Et cela est si vrai que je ne m'explique guère, en vérité, comment a pu s'accréditer cette hérésie

(à coup sûr très répandue) d'après laquelle il n'y aurait pas d'hérédité dans la période tertiaire.

« *La syphilis tertiaire,* a-t-on dit sous forme d'axiome, *n'est pas héréditaire.* »

Eh bien, ce prétendu axiome n'est qu'une hérésie, et une hérésie funeste, par les conséquences pratiques qu'on en pourrait déduire.

Sans doute, ce n'est pas là une de ces erreurs dont il faille prendre littéralement le contre-pied pour être dans la réalité des choses. Ce n'est là qu'une erreur par généralisation excessive d'un ordre de faits absolument authentiques. Mais enfin ce n'en est pas moins l'affirmation d'un fait contraire à la vérité clinique.

Oui, certes (et nous venons de le prouver), la puissance de transmission héréditaire de la syphilis s'amoindrit, s'atténue dans les étapes avancées de la diathèse, au point de se trouver parfois réduite à néant. Mais s'éteint-elle, s'annihile-t-elle absolument au delà de ce terme de trois années dans lequel on a coutume (à tort ou à raison, je ne veux pas discuter ce point pour l'instant) de renfermer ce qu'on appelle la période secondaire de la syphilis? L'espérer est un leurre; le croire, c'est méconnaître les enseignements de la clinique. Et de cela voici la preuve.

La preuve, c'est qu'il existe dans la science quantité de cas où l'on a vu l'influence hérédo-syphilitique s'exercer, et cela suivant tel ou tel de ses modes habituels, non pas seulement à courte échéance

après la période secondaire, mais plus tard, bien plus tard, c'est-à-dire, par exemple, vers la sixième, a huitième, la dixième, la douzième année de l'infection ; — voire plus tard, vers la quinzième année; — peut-être même plus tard encore, vers la dix-septième, la dix-huitième et jusqu'à la vingtième année, limite extrême qui, jusqu'à ce jour, ne paraît pas avoir été dépassée.

Trois ordres de faits vont légitimer cette proposition, qui, bien malheureusement, introduit un point noir dans le pronostic spécial que nous étudions.

I. — Je trouve d'abord toute une série de cas tels que les suivants, pour établir l'authenticité de l'hérédité syphilitique en pleine étape tertiaire.

Un de mes malades contracte la syphilis en 1873, et se marie cinq ans plus tard. — Sa femme, restée saine, lui donne, en 1879, un premier enfant qui arrive mort-né; — puis, en 1883 (c'est-à-dire à échéance de *dix ans* après l'infection du mari), un second enfant, lequel est affecté, à l'âge de quelques semaines, d'accidents non douteux de syphilis héréditaire.

Un cas relaté par Hutchinson se résume en ceci : Un sujet syphilitique se marie et communique la syphilis à sa femme. — De ce couple infecté naît d'abord un enfant qui arrive mort. — Puis, *neuf ans* plus tard, survient une seconde grossesse qui se

termine par la naissance d'un enfant syphilitique[1].

Thompson Forster a cité le cas suivant : Un homme contracte la syphilis en 1862 et se marie en 1865, après ne s'être qu'insuffisamment traité. Surviennent, en 1865 et 1866, deux grossesses qui se terminent ainsi : la première par avortement, et la seconde par naissance à sept mois d'un enfant qui présente des manifestations multiples de syphilis et meurt au cours de la dixième semaine. — Devenu veuf, cet homme contracte un second mariage en mai 1872 (c'est-à-dire dix ans après le début de sa syphilis). Sa femme devient enceinte en juin ; bientôt elle est atteinte de roséole, maigrit, s'affaiblit, et avorte en novembre d'un enfant syphilitique[2].

M. le Dr Barthélemy, médecin de Saint-Lazare, a présenté récemment à la *Réunion clinique des médecins de l'hôpital Saint-Louis* un petit enfant de quatre mois, couvert d'indiscutables syphilides (syphilides papuleuses, papulo-croûteuses, quelques-unes érosives, d'autres hypertrophiques). Or, cet enfant était né d'un père et d'une mère qui, quatorze ans auparavant, avaient contracté la syphi-

1. *Syphilitic diseases of the eye*, p. 190.

Le même auteur a relaté un cas tout semblable, où l'hérédité s'est exercée après *huit ans* d'infection.

J'aurais encore à produire ici un certain nombre de cas analogues, soit personnels, soit empruntés à diverses sources. Mais je crois amplement suffisantes à la démonstration que je poursuis les citations qui précèdent ou qui vont suivre.

2. *The Lancet*, 9 août 1884, p. 233. — Nous retrouverons plus loin, à propos de l'influence du traitement, la suite de cette intéressante observation.

lis et ne s'en étaient que très insuffisamment traités[1].

Ici même, il y a quelques mois, vous avez eu sous les yeux un exemple du même genre. Un petit enfant de quatre mois nous est amené dans un état lamentable : syphilides papuleuses généralisées, mais plus spécialement confluentes au visage, autour des lèvres et des paupières ; — syphilides ulcéreuses péri-anales ; — coryza intense ; — double sarcocèle spécifique, etc. — Eh bien, cet enfant était le fils d'un père et d'une mère syphilitiques l'un et l'autre depuis *quinze ans*, ainsi qu'en témoignaient des commémoratifs très précis et très authentiques. C'était de plus le cinquième enfant de ce ménage, où quatre grossesses antérieures avaient déjà amené quatre enfants qui tous ont succombé en très bas âge, l'un d'eux manifestement atteint d'accidents spécifiques héréditaires.

Enfin, un cas que je vous ai présenté récemment paraît être un exemple d'une hérédité paternelle s'exerçant dans la *dix-huitième année* d'une syphilis. Je vous le rappelle en deux mots.

Une petite fille de deux mois nous est présentée par sa mère pour les accidents les plus classiques

1. V. la relation complète de ce cas intéressant dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. X, 1889, p. 191.—On y remarquera que, comme d'usage, des cinq enfants qui avaient précédé, dans ce ménage, la naissance du petit malade en question, quatre étaient morts (à 7 ans, à 7 mois, à 9 mois, à 25 jours.). — Quant au cinquième, il était, dit M. Barthélemy, manifestement syphilitique de par une kératite interstitielle, l'arrêt de la croissance, l'habitus général, etc.

d'une syphilis héréditaire, lesquels ont débuté, nous dit-on, vers la troisième semaine. Nous la trouvons affectée des diverses lésions suivantes : syphilides généralisées, de forme érythémato-papuleuse ; — syphilides papuleuses et papulo-croûteuses autour de la bouche ; — plaques muqueuses sur la face interne de la lèvre inférieure ; — développement assez considérable du foie ; — étiolement, etc....

Nous interrogeons longuement et minutieusement la mère ; nous l'examinons à diverses reprises, et cela sans découvrir le moindre antécédent suspect, le plus léger stigmate de syphilis.

Nous mandons le père à l'hôpital, et le trouvons en pleine éruption tertiaire, à savoir : syphilide tuberculo-ulcéreuse d'une des commissures labiales ; syphilides tuberculeuses de la lèvre inférieure ; syphilides tuberculeuses sèches sur les deux pieds, notamment à la face plantaire, etc... Or, chez cet homme, qui rendait parfaitement compte de ses antécédents et de l'ensemble de sa maladie, la syphilis remontait à *dix-huit ans* (août 1870), époque à laquelle il avait été affecté d'un « chancre induré » de la verge, reconnu et traité comme tel dans un hôpital militaire.

Une seule objection (erreur faite sur l'origine *paternelle* de l'hérédité) pourrait être opposée à cette observation, comme du reste aux précédentes, et je n'aurais certes rien à y répondre, comme bien vous pensez. Mais que prouverait-on en infligeant

à telle ou telle de ces observations une déchéance tirée d'un désaveu de paternité? Pour être valable, un argument de cet ordre devrait s'appliquer *à toutes* indistinctement. Tout au contraire et réserves faites, bien entendu, pour chaque cas particulier, il me semble que ces diverses observations (si surprenantes d'ailleurs qu'elles puissent paraître au premier abord) se présentent avec un caractère indéniable d'authenticité, et cela parce qu'elles attestent toutes un même fait, qu'elles se prêtent un mutuel appui et se servent, pour ainsi dire, de répondants réciproques.

On dira peut-être que d'un faisceau d'erreurs ne jaillit pas une vérité. Sans doute, répondrai-je; mais il n'est guère vraisemblable, on en conviendra, que tous les observateurs précités (auxquels d'ailleurs on pourrait en adjoindre nombre d'autres) aient eu la malchance invariable de tomber sur des faits où l'hérédité syphilitique se trouvait viciée par l'intervention d'une syphilis extra-conjugale. D'autant que, si un tel soupçon leur avait paru légitime, ils ne se seraient vraiment pas donné la peine de recueillir et de publier les faits en question.

II. — Un second ordre de cas n'est pas moins démonstratif; et celui-ci, je le signale à toute votre attention, parce qu'il est relatif à des situations que l'on observe journellement en pratique et dont il importe que le médecin sache dépister le secret.

Je veux parler de ces cas où un homme, affecté

d'une syphilis déjà plus ou moins ancienne (remontant, je suppose, à six, huit, dix ans et plus), se marie, indemne en apparence, et n'aboutit pas moins à procréer un ou plusieurs enfants *qui sont tous frappés de mort avant même leur naissance et expulsés par avortement.* Cet homme se croit et semble avoir toutes raisons pour se croire sûr de lui; il puise sa sécurité dans ce double fait que, d'une part, il ne présente de vieille date rien d'apparent en tant que syphilis, et que, d'autre part, sa syphilis, en raison même de l'époque longuement distante où elle remonte, lui semble absolument périmée. Il n'y songe même plus; et néanmoins tous les enfants qu'il engendre, sa femme même restant saine, succombent invariablement et sans cause appréciable, à quelques mois de vie intra-utérine.

Quelques exemples, — entre plus d'une centaine que j'aurais à citer; — car, je vous le répète et ne crains pas de vous le répéter, les cas de cet ordre sont des plus fréquents, jusqu'à dépasser même comme fréquence tout ce qu'on pourrait croire.

Un jeune homme se marie *sept ans* après avoir contracté la syphilis. — Sa femme reste saine. — Trois grossesses surviennent, au cours des trois années suivantes, et toutes se terminent, sans cause occasionnelle, par avortement.

Un de mes clients s'est marié alors que sa syphilis remontait à *neuf ans*. — Sa femme est restée saine. — Trois grossesses se sont produites alors que la

syphilis du mari remontait à *dix, onze* et *douze* ans ; et toutes trois ont abouti à des avortements, l'une à six mois et demi, les deux autres à huit mois.

Même cas. — Mariage après *neuf ans* de syphilis. — Quatre fausses couches les quatre années suivantes, à quatre mois et demi, cinq mois et demi, six et sept mois.

Dernier exemple. Un jeune médecin contracte la syphilis en 1868 et ne s'en traite que pendant cinq mois. N'ayant plus d'accidents et se croyant « hors d'affaire », il se marie. — Sa femme, scrupuleusement observée par lui, ne présente jamais aucun phénomène suspect. — Notre confrère devient père trois fois, en 1876, 1878 et 1880, c'est-à-dire alors que sa syphilis remontait à *huit, dix* et *douze* ans, et trois fois, sans la moindre cause, sa femme avorte.

Or, soit dit au passage, dans ce cas (comme sans nul doute aussi dans les précédents), la syphilis du mari était bien certainement la cause de toutes ces fausses couches ; car la démonstration en fut faite en l'espèce. Navré de cette série d'accidents, dont il commençait à soupçonner la véritable raison, notre confrère, sur le conseil d'un ami, se soumit à un traitement prolongé. Or, au cours des trois années suivantes, sa femme devint deux fois enceinte, et donna naissance à deux enfants vivants et sains.

En résumé, dans tous ces faits, l'influence hérédo-

syphilitique s'est exercée sous l'un des modes qui lui sont le plus habituels, et s'est exercée à des échéances lointaines, à des échéances de huit, neuf, dix, onze et douze ans après l'infection paternelle.

Est-ce assez dire que l'hérédité syphilitique ne se limite pas, comme on l'a prétendu, à la période secondaire de la syphilis, et que, bien au contraire, elle est susceptible de s'étendre au delà, de se proroger jusqu'en pleine période tertiaire, voire à des termes éloignés de cette période tertiaire ? Est-ce assez dire aussi que, même à si lointaine échéance, elle est encore capable de se traduire par l'un de ses modes les plus nocifs, les plus malins, à savoir : l'inaptitude à la vie, la mort de l'enfant ?

III. — Vient enfin un troisième ordre de cas plus décisifs encore, et ceux-ci vraiment incontestables.

C'est l'ordre des cas où l'action héréditaire de la syphilis s'exerce *en série,* si je puis ainsi parler, c'est-à-dire continue à s'exercer d'une façon ininterrompue sur toute une série de grossesses. Ici, en effet, cette action trouve dans sa continuité même un irréfutable témoignage de son authenticité.

Il est bien certain, en effet, que la cause qui tue un fœtus à dix ans de date, je suppose, est la même que celle qui a tué antérieurement d'autres fœtus, puisque c'est par des effets semblables, se produisant suivant le même mode, que l'une et l'autre se traduisent. Or, les cas de ce genre ne sont malheu-

reusement que trop nombreux. En voici quelques exemples :

Une dame de ma clientèle a été infectée par son mari. Elle est devenue enceinte *dix fois*. Or, de ces dix grossesses, les neuf premières se sont terminées par des avortements survenant du deuxième au septième mois, et la dernière a abouti à la naissance d'un enfant syphilitique que j'ai vu affecté de gommes multiples. Et cependant, lors de la conception de ce dernier enfant, la syphilis de la mère remontait à *seize ans*[1].

Grefberg a relaté l'observation d'une femme syphilitique qui eut *onze grossesses* terminées par la naissance de onze enfants mort-nés, bien que cette femme eût cessé d'avoir des manifestations spécifiques et que son mari, paraît-il, eût échappé à la contagion. *Quatorze ans* après l'infection, elle accouchait encore d'un enfant syphilitique.

Bœck dit avoir vu une mère mettre au monde, en une longue série d'années, douze enfants syphilitiques.

Un cas déjà cité de Behrend est relatif à une femme syphilitique qui, infectée par son mari, eut, en l'espace de quinze ans, *onze grossesses* qui se terminèrent de la façon suivante : les sept premières par avortement, et les quatre dernières par

1. Je viens d'observer tout récemment un fait de même ordre, se résumant en ceci : Femme infectée par son mari, et n'ayant jamais subi qu'un traitement presque insignifiant. — Neuf grossesses en l'espace de dix ans ; *neuf avortements*.

la naissance à terme d'enfants vivants, sur trois desquels on constata des accidents non douteux de syphilis héréditaire.

Un autre fait à peu près semblable a été observé dans le service de mon ami le D[r] Porak. Il se résume en ceci : Une jeune femme contracte la syphilis à dix-sept ans. Devenue veuve, elle se remarie à vingt ans avec un homme sain. Onze grossesses surviennent en quinze ans et se terminent ainsi : les dix premières par avortement; et la onzième par naissance à terme d'un enfant qui, dès le second jour, présente une éruption papuleuse, puis du pemphigus, et meurt rapidement[1].

Enfin, je dois à l'un de mes collègues, le D[r] Ribemont-Dessaignes, professeur agrégé de la Faculté, accoucheur de l'hôpital Beaujon, l'observation d'une femme qui reçut la syphilis de son mari dès les premiers temps de son mariage, qui ne s'en traita pas, il est vrai, et dont *dix-neuf grossesses ont abouti à dix-neuf morts!* Les cinq premières grossesses se sont terminées par expulsion d'enfants morts et macérés, et les quatorze suivantes ont donné des enfants qui sont tous morts entre un et six mois.

De tous ces faits, pris au hasard parmi une foule d'autres, résulte donc, en parfaite évidence, l'authenticité de ce que l'on peut appeler l'*hérédité syphilitique à long terme.*

1. V. Le Grand, *La syphilis cause d'avortement*, Thèses de Paris, 1889, p. 17.

Aussi bien une conclusion s'impose; c'est que, contrairement à ce qu'ont avancé quelques médecins, contrairement à ce qui est d'opinion presque accréditée, l'hérédité syphilitique peut s'exercer (et s'exercer dans tous ses modes) en pleine période tertiaire, voire à une étape avancée de la période tertiaire.

Après avoir déduit cette proposition générale de l'ensemble des faits qui précèdent, il resterait maintenant à préciser certains points de la question, qui, pour être secondaires, n'en sont pas moins des plus intéressants. Il resterait, par exemple, à fixer par des chiffres quel est le degré de fréquence de cette hérédité à long terme; — quelle en est la fréquence relative aux diverses étapes de la période tertiaire; — jusqu'à quel terme elle peut se prolonger, etc., etc. Mais la science, je vous en ai déjà avertis, est bien loin d'être faite sur ces divers points; on peut même presque dire qu'ici elle est toute à faire. Eh bien, j'ai eu l'ambition de l'ébaucher tout au moins sur quelques-uns de ces points, en interrogeant les observations dont je dispose, et voici ce que je puis fournir comme résultats de mon observation personnelle.

Premier point. — Recherchons, d'abord, quel *degré de fréquence* semble affecter l'hérédité syphilitique à long terme (en fixant, si vous le voulez bien, la sixième année de la maladie comme li-

mite inférieure de ce que nous appellerons l'hérédité syphilitique à long terme).

Eh bien, je trouve que, sur les 562 cas qui composent ma statistique, 60 appartiennent à cette hérédité syphilitique à long terme ; — c'est-à-dire que, sur 562 cas, 60 fois l'hérédité syphilitique s'est exercée à partir de la sixième année de l'infection.

60 sur 562, cela équivaut à peu près à la proportion de 10 pour 100 ; — proportion qui, pour n'être pas très élevée, est bien loin cependant de rester négligeable.

Ainsi, une fois sur dix environ, des méfaits ou des désastres d'hérédité syphilitique, tels que l'avortement ou la mort de l'enfant à brève échéance, peuvent dériver de syphilis datant de six ans et plus. Quel résultat ! Et ce résultat n'est-il pas de nature à nous montrer quel compte nous devons tenir en pratique de l'hérédité syphilitique à long terme, hérédité dont on a fait cependant si bon marché jusqu'à ce jour ?

Second point : *A quelles échéances et sous quelles formes s'exerce cette hérédité syphilitique à long terme ?*

Ici, je vais être forcé de citer toute une série de chiffres. Voici, disposé sous forme de tableau, ce que m'a fourni le dépouillement des 60 observations en question.

ANNÉES.	INFECTION SYPHILITIQUE DE L'ENFANT.	AVORTEMENTS.	MORTALITÉ PAR AFFECTIONS PARA-SYPHILITIQUES.	TOTAUX
6e	8	12	4	24
7e	3	7	9	19
8e	1	7	2	10
9e	1	8	2	11
10e	2	4	1	7
11e	1	4	»	5
12e	»	3	1	4
13e	»	3	1	4
14e	»	2	1	3
15e	2	1	»	3
16e	1	1	»	2
17e	»	1	»	1
18e	»	»	»	»
19e	1	»	1	2

Il suffit de jeter les yeux sur cette statistique pour en voir ressortir les deux résultats suivants, à savoir :

1° Que l'hérédité syphilitique à long terme se traduit par les trois modalités usuelles de l'hérédité plus précoce, c'est-à-dire : 1° transmission de la syphilis en l'espèce; — 2° mort et expulsion prématurée du fœtus; — 3° mort par affections diverses dérivant de l'infection fœtale.

2° Qu'elle obéit à la loi générale que nous avons qualifiée du nom de loi de décroissance par le temps. Et, en effet, on la voit au delà (comme en deçà) de la sixième année s'atténuer, s'amoindrir, à mesure que vieillit la diathèse.

Ainsi, de la 6e à la 10e année, par exemple, nous relevons : 15 cas de transmission de syphilis et 38 avortements ; — tandis que de la 11e à la 19e année nous ne trouvons plus que 5 cas de transmission de syphilis et 15 avortements.

C'est-à-dire, en langage vulgaire, que l'hérédité syphilitique, encore notablement active de la 6e à la 10e année, ne s'exerce plus au delà que d'une façon relativement rare et de plus en plus rare, voire jusqu'à devenir tout à fait exceptionnelle, voire jusqu'à s'éteindre absolument, au moins suivant toute vraisemblance.

Dernier point : Quel est *le terme le plus éloigné* où l'on ait vu, sûrement vu, s'exercer l'influence héréditaire de la syphilis ?

Quant à moi, d'après un certain nombre de faits qui se sont présentés à mon observation, je déclare être convaincu que ladite influence peut atteindre des échéances de douze à quinze ans au delà de l'époque de l'infection première.

Passé ce terme, je ne voudrais rien affirmer, bien que quelques cas (comme l'un de ceux que je vous citais tout à l'heure) me donnent lieu de croire que la transmission héréditaire de la syphilis est susceptible de dépasser cette échéance. Mais ces cas ne sont encore ni assez nombreux ni empreints d'une authenticité suffisante pour que je ne préfère réserver toute conclusion.

J'ajouterai seulement que, d'après certains faits

à coup sûr exceptionnels, quelques médecins se sont crus autorisés à reculer davantage encore le terme ultime où l'hérédité syphilitique abdiquerait ses droits.

Ainsi, Campbell a relaté un cas où la transmission héréditaire se serait produite (de par hérédité paternelle) après dix-sept ans[1].

Weil a cité une observation d'après laquelle l'influence nocive de la mère se serait prolongée jusqu'à la vingtième année[2].

De même, Hénoch parle d'une femme qui, vingt ans après avoir contracté la syphilis, eut encore un enfant infecté[3].

Et nous verrons même plus tard qu'on a donné à l'hérédité syphilitique une bien autre extension, puisque, pour quelques-uns de nos confrères, elle pourrait se transmettre jusqu'à la deuxième génération, c'est-à-dire rendre le petit-fils tributaire de la syphilis de l'aïeul.

Mais, que l'hérédité syphilitique à long terme puisse atteindre exceptionnellement des échéances plus ou moins reculées, plus ou moins extraordinaires, cela n'est plus qu'affaire de curiosité et question d'importance secondaire. L'essentiel, le

1. Dictionn. encyclopédique, art. *Syphilis*, p. 563.

2. V. Blaise, *État actuel de la science sur l'hérédité syphilitique*. Thèses d'agrégation, 1883, p. 70.

3. V. G. Homolle, Nouveau Dictionn. de méd. et de chir. pratiques, art. *Syphilis*, p. 690.

point capital en l'espèce, le résultat vraiment pratique à déduire de l'exposé qui précède, c'est que l'influence hérédo-syphilitique n'est pas ce qu'on la supposait autrefois, ce que nombre de médecins la jugent encore aujourd'hui, à savoir une influence exclusivement limitée aux premières années de la maladie, limitée à ce qu'on appelle la période secondaire; — c'est que cette influence s'exerce aussi, bien qu'avec une fréquence incomparablement moindre (nous venons de l'établir), au cours de la période tertiaire; — c'est même qu'elle peut se proroger en certains cas jusqu'à des étapes avancées de cette période.

Eh bien, ce fait, il faut l'enregistrer soigneusement dans nos souvenirs de praticiens, parce qu'il comporte des *applications pratiques* dont l'importance ne saurait dès ce moment vous échapper. Il contient pour nous, en effet, un enseignement majeur; il nous démontre ceci :

Qu'*il convient, au point de vue héréditaire*, *de se méfier de la syphilis même âgée*, *même tertiaire ;* — qu'en conséquence il ne faut pas lâcher la bride (passez-moi l'expression) et permettre le mariage à un sujet syphilitique sur la seule considération de l'*âge* de sa syphilis et pour cette seule raison qu'il aura doublé le cap des premières années de la diathèse; — mais que, tout au contraire, pour lui accorder accès au mariage, pour lui délivrer patente nette, il est d'autres conditions à requérir de lui, d'autres garanties à exiger de lui,

notamment celle dont nous allons parler actuellement et qui constitue un correctif, un neutralisant par excellence de l'hérédité syphilitique, à savoir : un traitement spécifique prolongé, une dépuration thérapeutique suffisante.

XIII

INFLUENCE EXERCÉE PAR LE TRAITEMENT.

Nous venons de voir l'influence hérédo-syphilitique modifiée par le temps. Étudions-la actuellement en relation avec un modificateur d'un autre ordre, à savoir le traitement.

Il arrive bien souvent que l'on passe sans étonnement à côté des choses les plus extraordinaires, et cela pour la seule raison que les dites choses, au lieu d'être rares, sont de manifestation journalière. Eh bien, c'est le cas ici. Extraordinaire, puis-je dire, est l'action exercée par le traitement spécifique sur l'hérédité spécifique, qu'il atténue, qu'il corrige, qu'il maîtrise même parfois absolument. Et cette action, nous n'en sommes plus surpris, nous ne l'admirons plus comme nous devrions l'admirer, par ce fait seul qu'elle se prodigue, qu'elle s'impose à nous d'une façon habituelle. Mais que dis-je ! Certains de nos confrères (peu nombreux, à la vérité) ont trouvé moyen de ne pas la voir,

de la tenir pour suspecte, voire de la renier, de la récuser !

Je le répète, très positivement le mercure réalise en l'espèce des résultats qui tiennent du prodige; — et de plus, ces prodiges, il ne les produit pas pour une fois, de temps à autre, par exception; il les accomplit tout au contraire journellement, usuellement, c'est pour lui le fait habituel, presque la règle.

Aussi bien n'est-ce pas par centaines, mais par milliers, qu'on pourrait relever dans la science des observations calquées sur le schéma que voici :

Mari syphilitique ou ménage syphilitique. — Plusieurs grossesses aboutissant soit à des fausses couches, soit à la naissance d'enfants étiolés, chétifs, affectés ou non de symptômes syphilitiques, mais ne tardant pas à mourir. — A ce moment, intervention du traitement spécifique. — Et, dès lors, grossesses ultérieures donnant des enfants à terme, vivants et sains.

Cela dit d'une façon générale, venons maintenant aux détails, pour faire la preuve, point par point, de l'importante proposition qui précède.

Tout d'abord, nous allons voir cette action corrective, neutralisante, suspensive, du traitement spécifique sur l'hérédité syphilitique s'exercer dans toutes les conditions possibles de provenance héréditaire, c'est-à-dire quelle que soit la source d'où dérive cette hérédité, que celle-ci provienne ou du

père ou de la mère ou des deux géniteurs à la fois. — De cela voici la preuve.

I. — Pour l'hérédité provenant du *mari*, la chose est notoire. Rappelez-vous ces cas si probants dont je vous ai entretenus déjà et qui se résument en ceci :

Une femme saine avorte plusieurs fois à intervalles rapprochés et sans cause appréciable. On s'inquiète, on cherche le pourquoi de ces fausses couches singulières, et l'on n'en trouve comme explication possible que la syphilis du mari. — On traite alors le mari. — Puis, une nouvelle grossesse se produit, plusieurs nouvelles grossesses se produisent, qui amènent toutes à terme des enfants bien portants. — Quoi de plus démonstratif?

Je vous ai déjà cité plusieurs cas de ce genre. Laissez-moi, au passage, vous relater encore les deux suivants.

Une femme saine, mariée à un homme syphilitique, devient enceinte cinq fois et avorte cinq fois, sans qu'on puisse trouver une raison à ces fausses couches. On finit cependant par songer, comme cause possible de ces avortements, à la syphilis du mari, qui est soumis alors à un traitement spécifique. — Une sixième et une septième grossesse surviennent au delà, et amènent des enfants à terme, bien vivants et indemnes.

Un jeune homme se marie deux ans après avoir contracté une syphilis pour laquelle il ne s'est traité

que deux mois. — Sa femme reste saine et devient enceinte six fois. — Six fois elle avorte. — Alors, sur le conseil de deux de mes éminents collègues, le mari et la femme (bien que saine) sont soumis au traitement mixte (mercure et iodure) pendant une année. — Un an plus tard, nouvelle grossesse, laquelle amène un enfant vivant et sain.

II. — De même, en second lieu, le traitement corrige l'*hérédité maternelle*.

Exemples :

Une femme syphilitique se marie avec un homme sain. Elle accouche, en 1885, d'un enfant syphilitique, qui meurt à trois mois. — Elle redevient enceinte en 1886. — Je la traite énergiquement pendant tout le cours de sa grossesse. Résultat : naissance à terme d'un enfant sain.

Une femme reçoit la syphilis d'un premier mari et ne se traite que d'une façon éphémère. — Devenue veuve, elle se remarie à un homme sain et conçoit de cet homme plusieurs enfants qui ou bien meurent *in utero*, ou bien naissent avec la syphilis. — Elle se traite alors d'une façon sérieuse et assidue. — Après le traitement, trois enfants sains.

III. — Enfin une même influence est exercée par le traitement sur l'*hérédité mixte*.

Très communément, en pratique, on rencontre des faits se résumant en ceci :

Deux époux syphilitiques commencent par en-

gendrer un ou plusieurs enfants qui ou bien meurent avant de naître, ou bien naissent syphilitiques. — Ils se traitent; et alors les enfants qu'ils procréent ultérieurement viennent à terme vivants et sains.

Les observations de cet ordre sont tellement fréquentes, voire si banales, qu'il me suffira, à titre de spécimen, de vous citer la suivante :

Un jeune homme, syphilitique depuis trois ans, se marie. — Sa femme, devenue enceinte presque immédiatement après le mariage, ne tarde pas à présenter des manifestations spécifiques non douteuses, très probablement dues à une infection conceptionnelle. — Elle accouche d'un enfant syphilitique, lequel présente les accidents les plus graves et n'échappe à la mort que par miracle, grâce à un traitement des plus énergiques. — Alors, le jeune ménage se soumet à un traitement intense, très méthodiquement suivi. — Surviennent au delà deux grossesses qui amènent deux enfants sains[1].

Donc, vous le voyez, quelle qu'en soit la provenance, l'hérédité syphilitique est profondément modifiée, corrigée, voire annihilée par le traitement spécifique.

1. Relatons ici la fin de l'observation précitée de Th. Forster (page 112).

A la suite des malheurs précédemment relatés, les deux époux furent soumis, en 1876, à un traitement mixte par le mercure et l'iodure de potassium. — En 1877, nouvelle grossesse, amenant un enfant bien portant. — En 1880, nouvelle grossesse également heureuse.

Mais ce n'est pas tout. Et deux autres considérations viennent encore compléter la démonstration que je poursuis.

1° Il est des cas néfastes (vous le savez de reste par ce qui précède) où l'influence héréditaire syphilitique s'étend d'une façon inexorable à toute une longue série de grossesses, à quatre, six, huit, dix grossesses, si ce n'est même parfois à un plus grand nombre. Or, on a vu une série ininterrompue de tels désastres être coupée net par l'intervention du traitement.

Exemple, dû à Notta :

Une femme contracte la syphilis. — Consécutivement, elle fait huit fausses couches, sans pouvoir amener un enfant à terme. — Alors elle se soumet à un traitement mercuriel prolongé. — Devenue enceinte de nouveau, elle accouche d'un enfant à terme, bien portant « lequel, dit l'auteur de l'observation, est actuellement âgé de cinq ans et n'a jamais présenté la moindre trace de syphilis[1]. »

Ainsi, huit grossesses malheureuses, tant que le traitement n'intervient pas. — Puis, le traitement intervient, et tout aussitôt une grossesse se termine d'une façon heureuse. Que voudriez-vous de plus probant ?

2° Eh bien, il est quelque chose de plus probant encore, que voici :

1. Notta, mémoire cité.

C'est qu'une influence provisoire, même simplement *provisoire,* du traitement spécifique a pu quelquefois conjurer *provisoirement* les effets de l'hérédité syphilitique.

Ainsi, il peut suffire, pour qu'un enfant naisse sain de parents syphilitiques, qu'au moment de la procréation les parents se trouvent soumis à l'influence du mercure.

Quelque singulier, quelque paradoxal, quelque inexplicable surtout que paraisse un tel fait au premier abord, il n'en est pas moins authentique. Il ressort en toute évidence d'un certain nombre d'observations bien étudiées et semblant irréprochables.

Tel est, par exemple, le cas suivant, relaté par Turhmann (de Schœnfeld) et qu'on peut qualifier en l'espèce d'observation modèle :

Une femme syphilitique commence par avoir sept grossesses, pendant lesquelles elle ne se traite pas. Sept fois elle accouche d'enfants syphilitiques qui ne tardent pas à mourir.

Devenue enceinte une huitième et une neuvième fois, elle se traite au cours de ces deux grossesses. Chaque fois elle accouche d'un enfant *sain,* bien portant.

Survient une dixième grossesse. Cette fois, cette femme, se considérant comme guérie, ne se traite pas. Elle accouche d'un enfant *syphilitique*, qui meurt à six mois.

Finalement, une onzième grossesse, dans le cours

de laquelle intervient le traitement, amène un enfant *sain*[1].

Ce fait aurait été inventé de toutes pièces, imaginé théoriquement pour les besoins de la cause, qu'en vérité il ne pourrait être plus démonstratif[2].

Toutes ces preuves, enfin, vont trouver une confirmation nouvelle dans les résultats fournis par les statistiques.

J'ai tenu à me rendre compte, au point de vue qui nous occupe, des résultats qui pouvaient dériver de mes observations personnelles, observations, je le répète encore, recueillies au jour le jour, suivant le hasard de la pratique et sans esprit préconçu. Donc, faisant un choix de toutes celles où des renseignements précis sur le traitement se trouvaient consignés, je les ai divisées en quatre groupes, suivant la durée du traitement, à savoir : premier groupe, où le traitement a été *nul*; — second groupe, où il a été court, c'est-à-dire ne dépassant pas quelques mois ; — troisième groupe, où il a été *moyen*, c'est-à-dire s'élevant à plus d'une année; —

1. Voir *Gazette médicale*, 24 juin 1843.

2. Pour ma part, j'ai dans mes notes quelques observations de même genre, relatives à des parents syphilitiques qui ont engendré tour à tour des enfants sains à l'époque où ils s'étaient préalablement soumis à un traitement spécifique, et des enfants syphilitiques durant une période où ils ne se traitaient plus.

Le même fait a été également remarqué par Kassowitz, par Taylor et d'autres médecins. — V. *Syphilis et mariage*, 11e édit., p. 211.

quatrième groupe, enfin, où il a été plus ou moins *prolongé*. — Puis, ce travail préparatoire accompli, j'ai cherché quelle a été, pour chacun de ces quatre groupes, la mortalité infantile dérivant de l'hérédité syphilitique.

Or, voici mes résultats :

	MORTALITÉ PAR HÉRÉDITÉ PATERNELLE.	MORTALITÉ PAR HÉRÉDITÉ MIXTE.
Traitement nul	59 %	82 %
Traitement court . . .	36 %	85 %
Traitement moyen. . .	21 %	36 %
Traitement prolongé. .	3 %	»

Ces chiffres ne sont-ils pas absolument significatifs ? — Voyez plutôt :

Pour l'hérédité paternelle, par exemple, un traitement simplement moyen abaisse la mortalité infantile de 59 à 21 pour 100 ; — puis (résultat encore bien autrement heureux), un traitement prolongé la réduit presque à néant, à 3 pour 100.

Mais la démonstration devient plus saisissante encore quand on descend aux détails du parallèle et qu'on examine comparativement les quotients de la mortalité infantile issue héréditairement des sujets *traités* et des sujets *non traités*.

Ce qu'est cette mortalité dans le camp de ceux qui, ayant eu le malheur de contracter la syphilis, ont eu le bon sens de s'en traiter et la patience de

s'en traiter longuement, les chiffres qui précèdent viennent de l'établir. En pareille condition, elle descend très bas, elle se réduit à une quotité minime (3 pour 100).

En pareille condition, le fait très habituel, la règle, c'est que les enfants arrivent à terme vivants et sains. Quel est celui d'entre nous qui n'en pourrait témoigner? Quel est celui d'entre nous qui, en consultant ses souvenirs, n'aurait à citer le cas d'un ami, d'un camarade, d'un client, dont la syphilis *traitée* est restée inoffensive pour ses enfants? Le fait est patent, irrécusable, de par sa fréquence et sa banalité.

Or, voyons comme contre-partie ce qu'est la mortalité hérédo-syphilitique dans le camp des indifférents, des négligents, qui n'ont opposé à la syphilis, pour tout traitement, que l'expectation pure et simple. Dans ces conditions, elle devient formidable, comme vous allez en juger.

Certes, il est très rare de nos jours (fort heureusement) de rencontrer des sujets qui, ne s'étant pas traités du tout de leur syphilis, n'ayant absolument rien fait contre elle, n'en ont pas moins eu l'audace de se marier, en dépit des dangers de divers genres qu'ils apportaient avec eux dans le mariage. Cependant, il est des téméraires ou des cyniques de ce genre. J'en ai trouvé quatorze pour ma part, et voici quel a été le sort de leurs enfants.

Ces quatorze individus, après avoir ou non communiqué la syphilis à leur femme, sont devenus

pères quarante-cinq fois, et ces quarante-cinq grossesses ont abouti aux résultats suivants :

Enfants survivants (dont 6 affectés de syphilis). . . .	8
Fausses couches ou naissances d'enfants mort-nés . . .	29
Enfants morts peu de temps après leur naissance . . .	8
Total. . . .	45

C'est-à-dire, au total, 37 morts sur 45 grossesses. Quotient de mortalité : 82 pour 100. Quelle effroyable proportion !

Enfin, comme contre-épreuve, voyons encore ce qu'est la mortalité infantile dans les cas de *syphilis ignorée* et par conséquent non traitée (involontairement non traitée, mais n'importe en l'espèce).

Ces deux dernières années, il est entré dans nos salles 13 femmes affectées d'accidents tertiaires incontestablement syphilitiques, mais dérivant de syphilis dont ces femmes n'avaient nulle notion, qu'elles *ignoraient,* et pour lesquelles, donc, elles n'avaient jamais subi le moindre traitement.

Ces 13 femmes sont devenues mères, à elles 13, 59 fois. Or, sur ces 59 enfants, combien leur en reste-t-il aujourd'hui ? Dix, pas un de plus ! Les 49 autres sont morts, et morts soit avant de naître, soit peu de temps après leur naissance.

49 morts sur 59 grossesses, cela fournit une mortalité de 83 pour 100 !

Ajoutez que quelques-uns de ces cas, examinés individuellement, ne sont pas moins navrants que

significatifs en l'espèce, que décisifs par rapport au parallèle que nous poursuivons.

Ainsi, l'une de ces 13 femmes est devenue enceinte dix fois. Or, ses neuf premières grossesses se sont terminées par neuf fausses couches, et la dernière par la naissance d'un enfant syphilitique que vous avez vu criblé de gommes.

De même, dans un cas de M. le Dr Le Pileur[1], une femme, affectée elle aussi d'une syphilis ignorée, a eu 11 grossesses qui ont abouti à ceci :

1 enfant survivant ;

6 fausses couches ;

4 enfants morts (de 1 jour à 6 semaines).

Au total, donc, 10 enfants morts sur 11 !

Mais c'en est assez, j'en suis sûr, pour que votre conviction soit faite.

Je m'arrête donc, et me résume en disant :

De quelque côté que l'on envisage la question, que l'on examine l'hérédité paternelle, l'hérédité maternelle ou l'hérédité mixte, on aboutit toujours à ceci :

Résultats néfastes et mortalité considérable dans les cas où le traitement spécifique n'est pas intervenu ou n'est intervenu que d'une façon insuffisante.

Et, inversement, atténuation, décroissance, voire extinction de l'influence hérédo-syphilitique, sous l'action bienfaisante du traitement.

Donc, *le traitement constitue par excellence*

1. Observation inédite, qu'a bien voulu me communiquer M. le Dr Le Pileur.

un correctif, un neutralisant de l'influence héréditaire de la syphilis.

Cela est surabondamment démontré.

XIV

INFLUENCE COMBINÉE DU TEMPS ET DU TRAITEMENT.

Ainsi donc, voilà deux facteurs — le temps et le traitement — susceptibles de réagir sur la faculté de transmission héréditaire de la syphilis.

Maintenant, avant de rechercher s'il en existe d'autres, précisons tout aussitôt un point qui ne constitue à vrai dire qu'un simple corollaire des données précédentes. Si tel est le mode d'action isolé de chacun des deux facteurs précités, le simple bon sens permet de préjuger que l'association, la combinaison de ces deux facteurs devra agir dans le même sens, voire d'une façon d'autant plus active qu'ils se prêteront un mutuel appui, qu'ils se renforceront l'un l'autre.

Eh bien, cette légitime induction se trouve de tous points confirmée par la pratique ; si bien même qu'il serait vraiment superflu de nous livrer à une nouvelle enquête sur ce sujet, d'instituer de nouvelles statistiques confirmatives, etc. Ce serait là peine perdue. Il nous suffira donc d'énoncer un résultat qui est de notoriété absolue, qui ressort de l'expérience courante, à savoir :

Que *la meilleure sauvegarde dont nous disposions contre les effets de l'hérédité syphilitique, c'est l'association de ces deux éléments correctifs de la diathèse: le temps et le traitement.*

A coup sûr, le minimum des risques héréditaires que comporte la syphilis se rencontre chez les sujets à syphilis ancienne et longuement traitée. Ce minimum peut même, dans ces conditions, être considéré comme presque réduit à néant.

Et, en effet, il est très rare, disons plus encore, il est exceptionnel en pareil cas de voir s'exercer d'une façon ou d'une autre l'influence héréditaire spécifique.

En ce qui concerne, par exemple, l'hérédité paternelle (celle que nous connaissons le mieux, parce que c'est elle précisément que nous avons le plus d'occasions de saisir sur le fait et de juger dans ses œuvres, comme celle aussi que nous avons le plus intérêt à connaître, parce que c'est d'elle que dérivent presque toujours les deux autres), en ce qui concerne, dis-je, l'hérédité paternelle, nous sommes en mesure d'affirmer ceci :

Que (réserve faite pour certains cas absolument exceptionnels) *un sujet syphilitique*, *qui ne s'est marié que longtemps après le début de sa syphilis et qui*, *de plus*, *s'est traité méthodiquement*, *patiemment et longtemps, n'est jamais un père dangereux pour ses enfants.*

Chez lui, la double dépuration produite par le temps et le traitement constitue une garantie presque

absolument certaine contre les risques héréditaires de la syphilis.

Et cette *double dépuration,* soyez assurés qu'elle est bien supérieure comme garanties à la dépuration isolée qui peut dériver de l'intervention exclusive de l'un de ces deux facteurs, le traitement ou le temps.

D'une part, en effet, le temps, ce grand effaceur de toutes choses, n'efface que lentement, n'efface qu'à la longue la tare syphilitique, et il faut beaucoup de patience pour n'attendre que de lui seul la rédemption, l'immunité. N'avons-nous pas vu, dans ce qui précède, la syphilis non traitée proroger parfois ses méfaits héréditaires jusqu'à la quinzième, la seizième année, si ce n'est même encore au delà ?

Et, d'autre part, la garantie exclusive du traitement, non associée à celle du temps, n'est pas moins sujette à caution. Quel serait le résultat, en tant que prophylaxie héréditaire, d'un traitement intensif, mais rapide, dirigé contre la syphilis ? Cela, je l'ignore, car je n'ai pas le droit d'avoir une opinion faite de par les quelques observations dont je dispose à ce sujet, et je n'ai pas envie de tenter l'expérience. Je crois cependant pouvoir dire, sans crainte d'erreur, qu'il ne faudrait accorder à un traitement de ce genre qu'une confiance plus que réservée, et cela pour deux raisons qui vous sont déjà connues, à savoir :

1° Parce que le traitement peut fort bien ne sus-

pendre que pour un temps les effets héréditaires de la syphilis, puis les laisser se reproduire au delà; — 2° et, en second lieu, parce que le véritable traitement de la syphilis, l'unique mode de traitement dont nous ayons à attendre contre elle une garantie sérieuse, c'est un traitement d'ordre chronique, une dépuration lente, répétée, échelonnée par stades thérapeutiques successifs sur une série d'années.

En sorte, donc, que le traitement ou le temps, chacun en particulier et isolément, ne saurait conférer qu'une sécurité relative contre les risques héréditaires de la maladie; — tandis qu'une sécurité bien autrement sérieuse résulte de leur action combinée, de leur association.

Cela, j'en ai la preuve, et, sur ce point particulier, je puis déclarer que « mon siège est fait ». Depuis que j'étudie — et il y a longtemps que j'ai inauguré cette étude — les diverses questions afférentes au mariage des syphilitiques, j'ai vu se marier, avec mon consentement médité, plusieurs centaines de mes malades, qui, naturellement, ont eu des enfants, Or, ces enfants, j'ai grande satisfaction à le dire, sont tous nés sains et (en apparence au moins) indemnes de toute tare spécifique. Eh bien, cet heureux résultat (auquel je ne connais qu'une ou peut-être deux exceptions jusqu'à ce jour), je le dois, j'en suis certain, à mon programme d'admissibilité au mariage, programme qui repose principalement sur ces deux bases : dépuration par le temps associée à la dépuration par le traitement.

Quant au minimum chronologique de cette double dépuration salutaire, j'ai été amené empiriquement à ne jamais l'abaisser au-dessous de trois à quatre années. Je ne crois pas qu'il soit prudent, qu'il soit permis même, de laisser un sujet syphilitique s'engager dans le mariage avant un stade de trois à quatre années, consacrées à un traitement actif de la diathèse. Mais, à ce prix, j'estime qu'un syphilitique rentre dans la règle commune et peut être tout à la fois inoffensif comme époux et comme père.

Si bien que, plus je vais, plus la proposition suivante pénètre et se fixe en mon esprit à l'état d'axiome :

C'est qu'*avec du mercure et du temps tout médecin peut faire d'un sujet syphilitique, sauf exceptions particulières et rares, un mari et un père non dangereux.*

Et cet axiome consolateur, n'allez pas, Messieurs, je vous en prie, en méconnaître l'importance, la double importance médicale et morale. Médicalement, d'abord, il traduit un fait clinique des plus intéressants, des plus curieux, à savoir : l'épuisement de nocivité d'une grande maladie par deux agents neutralisateurs. Puis, à un tout autre point de vue, il constitue pour le malade un élément de sustentation morale, de confort moral, d'encouragement, de confiance. Car, s'il est des individus indifférents, éhontés, cyniques, qui ne reculent pas, bien que syphilitiques, à s'engager dans le mariage en dépit

des dangers conjugaux et héréditaires qu'ils y importent, il en est d'autres (et ceux-ci vraiment dignes de toutes nos sympathies) que la syphilis désole, navre, terrifie, et cela moins encore par la perspective des accidents personnels auxquels elle les expose que par l'appréhension des risques qu'elle peut créer pour leur future famille, par la crainte du renoncement forcé à ce qui constitue, à un moment donné de la vie, l'aspiration naturelle et commune, c'est-à-dire le mariage, le foyer domestique et l'enfant. Cela est si vrai que vous entendrez quantité de malades, la presque totalité même de vos malades syphilitiques, vous dire tristement après quelques visites, lorsqu'une certaine intimité se sera établie de vous à eux : « Alors, docteur, c'est bien fini pour moi, n'est-ce pas ? Je ne pourrai jamais me marier ; si je me mariais, je n'aurais que des enfants chétifs, scrofuleux, rachitiques, pourris, etc. ? »

Eh bien, ce ne sera pas, certes, rendre un léger service à ces affligés, à ces découragés, à ces désespérés, dirai-je, que de leur rendre espoir et confiance en leur répondant ce que, de par la science, vous êtes en droit de leur répondre et ce que j'exprimais à l'instant, à savoir : « que tout n'est pas perdu pour eux ; — que la syphilis ne constitue pas un vice rédhibitoire absolu et permanent, une interdiction formelle et pérennelle au mariage ; — que, pour l'instant, à coup sûr, ils ne sont pas aptes au mariage ; — mais que l'avenir leur reste, et qu'au

prix d'un certain stage, utilement consacré à une dépuration nécessaire, ils rentreront dans le droit commun, au double titre d'époux et de père. »

Et cela, je vous le répète encore, je vous l'affirme une dernière fois, vous êtes en droit de le dire à vos malades, parce que, de par l'observation, de par l'expérience, les dangers conjugaux et héréditaires de la syphilis peuvent être conjurés par l'action combinée de ces deux grands modificateurs : le temps et le traitement.

XV

SYPHILIS BÉNIGNES. — SYPHILIS GRAVES.

Poursuivant l'étude des conditions qui peuvent modifier l'influence hérédo-syphilitique, nous allons rencontrer nombre d'autres questions qui, pour n'avoir pas l'excessive importance des précédentes, n'en sont pas moins très dignes d'intérêt.

Telle, en premier lieu, la suivante :

Existe-t-il un rapport entre la gravité d'une syphilis et l'intensité de son pouvoir de transmission héréditaire ?

En autres termes et pour préciser, une syphilis grave est-elle particulièrement redoutable quant à ses conséquences héréditaires ; — et, inversement, une syphilis légère n'offre-t-elle que peu de dangers au point de vue de l'hérédité ?

Eh bien, à la question ainsi posée il n'est, je crois, d'autre réponse à faire que celle-ci : Oui, en quelques cas, il existe un rapport indéniable entre la gravité d'une syphilis comme manifestations individuelles et la gravité de cette même syphilis comme conséquences héréditaires; — mais, pour l'énorme majorité des cas, ce rapport n'existe pas.

Je m'explique.

Certes, oui, je commence par le dire, il est des syphilis graves pour l'individu qui sont également graves pour les enfants. J'ai constaté ce fait d'une façon précise dans quelques-unes de mes observations, telles que les suivantes :

Un jeune homme contracte en 1870 une syphilis qui devient immédiatement sérieuse : syphilides papulo-ecthymateuses d'emblée, comme entrée en scène de la période secondaire; — sarcocèle précoce; — syphilides buccales extraordinairement confluentes et à répétitions incessantes; — puis, glossite scléreuse; — puis, exostoses tibiales; — puis, récidive du sarcocèle, etc.

Marié à une femme qui est restée saine, cet homme en a eu deux enfants.

Le premier, né en 1878 (c'est-à-dire alors que la syphilis paternelle datait de huit ans), n'a pas présenté, à la vérité, d'accidents syphilitiques et a survécu; mais c'est le plus affreux rachitique que j'aie vu de ma vie. Les membres inférieurs forment chacun un véritable demi-cercle; la tête est énorme;

le corps est gros, trapu, ramassé. L'enfant serait bouffon, s'il ne faisait pitié[1].

Le second, né deux ans plus tard, alors donc que la syphilis paternelle remontait à *dix ans* (remarquez cette échéance au passage, comme nouvel exemple d'hérédité à long terme), le second enfant, dis-je, est né syphilitique, et il est mort de syphilis. — Il a été, sans exagération, criblé de gommes, gommes cutanées, gommes du tissu cellulaire, périostoses gommeuses, etc. ; — ses membres supérieurs et inférieurs étaient absolument déformés par d'énormes intumescences osseuses ; — son état général était lamentable. Traité de la façon la plus rigoureuse, il a survécu deux ans, mais pour s'éteindre dans le marasme.

Second fait. — Un jeune homme contracte, en 1868, une syphilis qui reste d'abord légère, mais qui, dix ans plus tard, prend une forme grave et s'accuse par une série d'accidents que voici, sommairement : en 1878, lésions gommeuses de la gorge ; — en 1882, phthisie syphilitique, simulant à un haut degré, comme symptômes généraux non moins que comme signes locaux, la phthisie bacillaire ; — de 84 à 86, syphilides tuberculeuses. — Sa femme, demeurée absolument indemne, devient deux fois enceinte, en 1883 et 1885, c'est-à-dire alors que la syphilis de son mari datait de quinze et de dix-

1. J'ai appris indirectement qu'il avait succombé « en état d'épuisement, de marasme » ; mais je ne saurais autrement préciser la cause de sa mort.

sept ans, et les deux fois, sans la moindre cause, elle avorte à quelques mois de grossesse. Le placenta est soigneusement examiné à chaque fausse couche, et chaque fois un de nos confrères, savant histologiste, affirme y découvrir des « lésions spécifiques ».

Troisième cas. — Un de mes clients contracte, en 1878, une syphilis qui, d'emblée, revêt une forme grave : chancre phagédénique, bientôt suivi de l'explosion de syphilides ulcératives profuses. — Deux ans plus tard, cet homme revient me trouver avec des accidents plus sérieux encore : glossite scléro-gommeuse, s'accompagnant d'une tuméfaction énorme de la langue ; — ulcérations gommeuses du palais ; — syphilides ulcéreuses du front, du nez, de la plante du pied, etc. — Je le traite, et il guérit.

Dès l'année suivante, et bien malgré moi, il se marie. Or, dans l'espace de deux années, sa jeune femme, d'ailleurs indemne et bien portante, a fait trois fausses couches qu'aucune raison autre que la syphilis de son mari n'a paru motiver.

Ces faits et d'autres analogues, qu'il serait superflu de citer, établissent donc, d'une façon irrécusable, une relation possible entre la gravité des manifestations individuelles d'une syphilis et la gravité des conséquences héréditaires de cette même syphilis.

Mais cette relation est bien loin d'être forcée, voire d'être habituelle.

De cela, maintenant, je vais établir la preuve.

I. — D'abord, il n'est pas rare qu'une syphilis grave n'offre pas de gravité comme conséquences héréditaires.

Exemple le cas suivant, dû au Dr Notta et se résumant en ceci :

Un homme contracte la syphilis en 1856. Il est pris en 1857 d'accidents cérébraux. Voilà donc, par excellence, une syphilis grave, puisqu'elle se traduit, dès la seconde année, par la modalité d'accidents les plus sérieux que comporte la maladie. Eh bien, qu'arrive-t-il? A peine remis de ses accidents cérébraux, cet homme se marie, et il devient père à bref délai d'un enfant parfaitement sain.

J'ai dans mes notes plusieurs cas de ce genre. A la vérité, je dois reconnaître que, dans tous ces cas, un traitement énergique et proportionné à la gravité même de la forme morbide a toujours été mis en œuvre. On pourrait donc arguer de là — et non sans quelque raison — que c'est au traitement qu'a été due l'absence de transmission héréditaire. Toujours est-il que, même dans ces conditions, c'est-à-dire même avec l'appoint secourable du traitement, il n'est pas peu surprenant de voir la naissance d'enfants absolument sains succéder — et cela souvent à courte échéance — aux manifestations les plus graves que comporte la syphilis, telles que phagédénisme, syphilides malignes, encéphalopathies, etc.

C'est ainsi qu'un de mes clients — comme dans le précédent exemple —, à peine rétabli d'une sy-

philis cérébrale grave, qui s'était accusée notamment par deux hémiplégies, se maria et devint père *presque immédiatement* d'un enfant qui naquit à terme, vivant, sain, et qui reste encore indemne, à l'âge de six ans, de tout accident spécifique.

Voici, enfin, un autre fait qui, à coup sûr, vous paraîtra peu croyable et dont je puis cependant vous garantir l'authenticité. Un jeune homme contracte en 1872 une syphilis qui ne tarde pas à revêtir une forme maligne. — En 1873, il subit une effroyable poussée de syphilides ecthymateuses ou rupiales; puis, il est pris d'une syphilis cérébrale des plus menaçantes. Il n'échappe véritablement à la mort que par miracle. — L'année suivante, nouvelle invasion de syphilides de même gravité. — Or, cette même année, malgré tout ce que je pus dire et faire, ce jeune homme se maria! Sa femme devint enceinte presque aussitôt, et accoucha d'un enfant *sain!*

Notez, de plus, que cet homme était si peu guéri à l'époque où il procréa cet enfant que, chacune des trois années suivantes, il fut encore repris de divers accidents spécifiques (hémiplégie nouvelle, syphilides tuberculeuses, etc.).

II. — En second lieu, se présente un résultat d'observation bien autrement important à enregistrer pour la pratique.

C'est que *la bénignité d'une syphilis n'est en*

rien une garantie de bénignité quant à ses conséquences héréditaires.

Sans doute une syphilis bénigne comme symptômes peut rester bénigne quant à ses résultats d'hérédité. Mais cela n'a rien d'obligatoire, de forcé. Le contraire peut tout aussi bien se produire et se produit fréquemment.

Il est absolument commun, en effet, de rencontrer des syphilis qui, moyennes ou même légères, voire presque insignifiantes quelquefois en tant que symptômes personnels, sont devenues graves, pernicieuses même (le mot n'a rien d'exagéré), en tant que conséquences d'hérédité.

Laissez-moi vous citer sommairement une dizaine d'exemples, comme spécimens du genre.

Obs. I. — Père syphilitique; — syphilis légère. — Mère saine. — Deux enfants morts : l'un, à quelques jours, de faiblesse congéniale ; — le deuxième, à deux mois, d'accidents multiples de syphilis héréditaire.

Obs. II. — Père syphilitique; — syphilis légère. — Mère saine. — Trois fausses couches.

Obs. III. — Père syphilitique; — syphilis légère. — Mère saine. — Trois enfants morts ; le dernier affecté de syphilis dûment constatée.

Obs. IV. — Père syphilitique; — syphilis légère. — Mère saine. — Cinq grossesses : deux fausses couches ; — deux enfants mort-nés ; — un seul enfant (le cinquième) survivant et sain.

Obs. V. — Père syphilitique; — syphilis légère. — Mère saine. — Quatre fausses couches.

Obs. VI. — Père et mère syphilitiques ; — syphilis légère chez l'un et chez l'autre.

Dix grossesses : six enfants morts (syphilis héréditaire constatée sur deux d'entre eux) ; — quatre enfants vivants, paraissant indemnes.

Obs. VII. — Père et mère syphilitiques; — syphilis légère chez les deux parents.

Premier enfant mort; — deuxième enfant survivant, mais encore affecté aujourd'hui (à l'âge de quinze ans) d'accidents de syphilis héréditaire tardive.

Obs. VIII. — Père sain. — Mère syphilitique, mais n'ayant jamais présenté que des accidents très légers (taches palmaires et maux de tête).

Quatre grossesses; quatre fausses couches.

Obs. IX. — Père et mère syphilitiques; — chez tous les deux, syphilis légère.

Trois grossesses : deux fausses couches; — le troisième enfant survivant, mais syphilitique.

Obs. X. — Enfin, une très curieuse observation, que je dois à mon collègue et ami le Dr A. R..., nous montre l'exemple d'un jeune homme qui, traité dès le début de son chancre, et longtemps, assidûment traité, resta *exempt de toute manifestation spécifique*, c'est-à-dire ne présenta même pas le plus léger accident secondaire, n'en présenta pas un, *pas un seul*, et n'aboutit pas moins, trois ans plus tard, à procréer un enfant qui infecta sa mère *in utero* et fut expulsé par avortement.

La syphilis, chez la jeune mère, resta de même exceptionnellement bénigne, en se bornant à ces deux symptômes : roséole et alopécie.

Eh bien, de ce couple si épargné naquit, deux ans plus tard, un second enfant, qui fut bientôt affecté des accidents syphilitiques les moins douteux (syphilides cutanées, plaques muqueuses, sarcocèle, pseudo-paralysie de Parrot, etc.).

Voilà donc autant de syphilis légères — légères soit chez le père, soit chez la mère, soit sur les deux parents, — qui ont abouti héréditairement aux conséquences les plus graves.

Et ce n'est pas tout. J'ai dit que d'une syphilis légère peut dériver une hérédité PERNICIEUSE. Je tiens à légitimer ce dernier mot.

Dans les quatre cas suivants, la syphilis des parents est toujours restée légère, réduite à quelques manifestations superficielles d'ordre secondaire;

telles que roséole ou plaques muqueuses; et cependant l'hérédité spécifique ne s'en est pas moins traduite de la façon désastreuse et navrante que voici :

1er cas. — Père et mère syphilitiques.

Sept grossesses : quatre fausses couches; — trois enfants survivants, mais tous affectés de syphilis.

2e cas. — Père syphilitique; — mère saine.

Sept grossesses : six fausses couches; — un enfant vivant.

3e cas. — Père et mère syphilitiques.

Sept grossesses : trois fausses couches; — deux enfants morts; — deux enfants survivants, syphilitiques.

4e cas. — Père et mère syphilitiques.

Six grossesses : six morts (cinq fausses couches; — un enfant né à terme, syphilitique, et mort à trois mois en état de consomption).

Telles sont, quant à l'hérédité, les conséquences possibles des syphilis bénignes.

Eh bien, maintenant, il faut que vous sachiez ceci, Messieurs, pour votre pratique. C'est que ce sont les syphilis *bénignes* (ou dites bénignes) qui servent d'origine, pour l'énorme majorité des cas, aux méfaits héréditaires de la maladie. Oui, alors que nous avons à constater dans un ménage ces cas de grossesses terminées si tristement ou par des fausses couches ou par la naissance d'enfants syphilitiques le plus souvent destinés à la mort,

que nous trouvons comme origine de ces désastres, c'est — dix-neuf fois sur vingt en moyenne — une syphilis bénigne, une syphilis très ordinaire en tant qu'intensité de phénomènes morbides personnels, une syphilis qui s'est réduite à quelques accidents fugaces de forme secondaire, « une syphilis de rien », comme disent nos malades, qui a cédé à quelques mois de traitement et n'a plus rien produit au delà. Et c'est une telle syphilis qui, inoffensive d'apparence, négligemment traitée en raison même de son caractère bénin, se révèle plus tard, à échéance plus ou moins lointaine, par ces coups de foudre héréditaires, par ces avortements, par ces morts, par toute cette série d'accidents néfastes qui jettent le deuil et la désolation dans les familles.

Cela, Messieurs, c'est un résultat d'expérience, pour lequel je ne crains pas de démenti de la part des praticiens qui m'écoutent.

Il en est donc des conséquences héréditaires de la syphilis comme de ses conséquences tertiaires, lesquelles, ainsi que je vous l'ai tant de fois répété, dérivent, pour l'énorme majorité des cas, de syphilis à début bénin ou de syphilis qu'un traitement incomplet suffit à pour mitiger initialement, à dominer et enrayer d'une façon en apparence définitive, mais essentiellement provisoire en réalité. Ce rapprochement est dans l'essence des choses ; il s'impose, et des milliers d'observations en témoigneraient au besoin. A titre de spécimen et pour mieux fixer ce point en vos souvenirs, laissez-moi

produire le cas suivant, qui, à deux titres, constitue un type du genre.

Un jeune ménage se présente, il y a quelques semaines, à ma consultation. Je trouve la femme affectée d'une syphilide tuberculeuse bien manifeste. Et un long interrogatoire, dont je vous épargne les détails, m'apprend ceci :

1° Que le mari a contracté la syphilis il y a dix ans, dans sa vie de garçon; — que cette syphilis a été légère et s'est bornée aux quelques accidents que voici : un chancre, une roséole, un peu d'éclaircissement de la chevelure ; — que le malade ne s'est traité que quelques mois; — puis que, « ne voyant plus rien », il s'est cru guéri, n'a plus rien fait comme médication, et s'est marié moins d'un an après le début de la contagion.

2° En ce qui concerne la femme, que, cinq à six mois après son mariage, elle a été contaminée d'une façon qui reste inexpliquée ; — que sa syphilis, également, a été fort légère et s'est simplement traduite par une roséole, quelques maux de gorge et peut-être quelques glandes au cou. — Le mari, comme d'usage, a fait traiter sa femme sans rien lui dire de la nature de sa maladie; et, comme d'usage encore, il s'est empressé, une fois les premiers accidents disparus, de congédier son médecin, afin de couper court à un traitement qui aurait pu devenir compromettant pour lui. — Puis, « rien autre ne s'est produit », ajoute-t-on, rien autre que ceci :

Dans l'espace de huit ans, quatre grossesses, qui se sont terminées de la façon suivante : les deux premières par fausses couches ; — la troisième par naissance d'un enfant qui est mort en quelques jours ; — la dernière, par naissance d'un enfant syphilitique qui s'est rapidement éteint.

Ainsi, en somme, sur l'un et l'autre époux, rien autre, comme témoignage de syphilis, que des accidents secondaires des plus légers, des plus bénins ; — tout s'efface au prix d'un traitement de quelques mois ; on juge tout fini ; on ne songe même plus à une maladie qui semble périmée, qui ne donne plus signe de vie ; — et *quatre grossesses, survenues dans ces conditions, aboutissent à quatre morts !* — Puis la mère est affectée d'une manifestation tertiaire, laquelle, en l'espèce, n'intéressant que la peau, ne comporta pas grande gravité, mais qui, localisée ailleurs, sur les méninges par exemple, aurait pu entraîner de tout autres conséquences.

Aussi bien ressort-il pour nous des faits qui précèdent, faits qui composent, je le répète encore, la grande majorité des cas que l'on rencontre en pratique, un enseignement majeur, essentiel, à savoir :

Que la bénignité d'une syphilis est loin de constituer par elle seule une garantie suffisante pour nous permettre d'autoriser *de par elle seule* le mariage d'un sujet syphilitique.

Oui, certes, la qualité bénigne d'une syphilis est une condition favorable, « un bon point », passez-

moi le mot, en faveur du sujet syphilitique candidat au mariage. Mais elle n'est que cela et ne saurait suppléer à d'autres garanties[1]; car, à parler seulement de ce qui a trait à notre sujet actuel, nous venons de voir qu'elle est bien loin de constituer une sauvegarde contre les dangers de l'hérédité.

Et cette vérité, Messieurs, nous avons grand intérêt, nous praticiens, à en être convaincus. Pourquoi? Parce que, très fréquemment, les sujets syphilitiques, qui viennent nous consulter sur leur aptitude au mariage, invoquent précisément en leur faveur cette condition spéciale de la « bénignité » de leur syphilis, et ne manquent pas de la faire valoir à nos yeux comme un argument décisif, comme un argument de nature à forcer nos convictions. « Mais voyez donc, M. le docteur, nous disent-ils, ma syphilis a été des plus bénignes, des plus légères. Qu'ai-je eu au total? Un chancre; c'était forcé; quelques rougeurs à la peau, quelques plaques à la bouche, et rien autre. Je me suis traité, et je n'ai plus rien eu. C'est donc fini, bien fini. En de telles conditions, comment pourrais-je être encore dangereux pour ma femme et mes enfants? etc. »

Eh bien, nous venons de voir ce que vaut par

1. Je ne fais ici, bien entendu, qu'effleurer ce sujet, et je n'ai dû en parler que relativement aux conséquences d'hérédité, qui nous intéressent seules pour l'instant. Mais ce point comporte bien d'autres considérations d'importance majeure, pour lesquelles je suis forcé de renvoyer le lecteur à mon livre sur la *Syphilis et le mariage* (p. 183 et suiv.).

elle seule cette garantie de « syphilis légère », alors qu'elle n'est pas étayée, confirmée par des garanties d'un autre ordre, notamment par celle d'un traitement prolongé.

Quel avertissement pour nous ! Sachons en profiter.

XVI

SYPHILIS EN ACTION. — SYPHILIS EN PUISSANCE.

Autre question :

L'hérédité syphilitique a-t-elle besoin pour s'exercer que la syphilis des géniteurs soit en action — et non pas seulement en puissance — au moment même de la fécondation ?

C'est-à-dire : est-il nécessaire, pour que la transmission hérédo-syphilitique puisse s'exercer, que le géniteur ou les géniteurs soient sous le coup d'accidents spécifiques actuels, à l'époque où se fait la procréation ; — ou bien suffit-il que le géniteur ou les géniteurs soient à ce moment en simple état de syphilis *latente*, de syphilis sans manifestations actuelles ?

Sur ce point la science est faite, absolument faite de par l'observation journalière. Et à la question ainsi posée on peut répondre ceci :

Il suffit que la syphilis soit en puissance ; il n'est que faire qu'à l'instant de la procréation les géni-

teurs (ou l'un des géniteurs, n'importe) soient affectés d'accidents syphilitiques.

Des milliers d'observations serviraient au besoin de témoignages en l'espèce.

Rappelez-vous d'abord le cas si curieux de mon ami de collège, dont la femme (bien que restée indemne) commença par faire quatre fausses couches, puis eut ensuite, après traitement de son mari, quatre enfants vivants et sains. Eh bien, depuis son mariage, et même plusieurs années avant son mariage, cet homme était resté *indemne de tout accident*. Il s'était observé, minutieusement observé, comme il me l'a raconté cent fois depuis lors, et jamais il n'avait découvert sur lui la moindre manifestation suspecte. Il était tellement sûr de ce qu'il appelait « sa guérison » qu'il n'avait accepté qu'avec défiance ma proposition d'un traitement nouveau. « Comment veux-tu, me disait-il, que je sois pour quelque chose dans les fausses couches de ma femme, puisque je n'ai plus rien eu de vieille date et que je n'ai rien actuellement ? » L'événement fut loin de lui donner raison.

Voilà, donc, un sujet qui, indemne en apparence de toute tare syphilitique, absolument exempt de manifestations spécifiques depuis de longues années, n'en avait pas moins procréé quatre enfants non viables, et cela de par une syphilis *en puissance*, de par une syphilis latente.

Eh bien, tel est l'ordre de cas que l'on observe d'une façon habituelle dans la pratique. Pour ma

part, c'est par centaines que je compterais les cas où il m'est arrivé de constater des accidents d'hérédo-syphilis (soit des avortements, soit des naissances d'enfants mort-nés ou d'enfants syphilitiques) dans des ménages où la syphilis était restée muette depuis longtemps.

Ces jours derniers, encore, j'ai été appelé dans un ménage dont voici, en quelques mots, la navrante histoire :

Jeune homme syphilitique, s'étant marié prématurément et ayant contaminé sa femme. — Première grossesse, survenue alors que la femme présentait encore des accidents syphilitiques, et terminée par avortement. — Traitement de la femme. — Depuis lors, c'est-à-dire depuis cinq ans, *aucun accident* ni chez l'un ni chez l'autre des deux époux. — Et depuis lors, cependant, six grossesses n'en ont pas moins abouti à ceci : trois fausses couches ; — un enfant mort-né ; — deux enfants syphilitiques.

Il y a plus même. C'est que parfois, comme dans l'un des cas précités, des sujets *n'ayant jamais eu d'accidents secondaires* (entendez bien ceci), des individus chez lesquels la syphilis, traitée activement dès le début, s'est bornée au chancre initial, sans manifestations consécutives, n'en ont pas moins procréé des enfants syphilitiques.

Donc, en toute assurance, l'hérédité syphilitique n'a nul besoin, pour s'exercer, que la syphilis des géniteurs soit en action ; il lui suffit que la diathèse soit en puissance.

Cela acquis, resterait à aborder cette autre question :

L'hérédité syphilitique s'exerce-t-elle d'une façon plus nocive alors que la syphilis des géniteurs est *en action* que dans le cas où cette syphilis est *en état latent* au moment de la procréation.

Cette question n'est pas de l'ordre de celles auxquelles il soit facile de répondre. Et, en effet, réserves faites pour certains cas exceptionnels où l'on a tenu par écrit un compte exact et minutieux de l'état des malades aux diverses étapes de l'infection, il est presque impossible de remonter dans les antécédents d'une façon assez précise pour qu'il soit permis d'affirmer qu'au jour même de la procréation le père ou la mère de l'enfant, ou l'un et l'autre à la fois étaient ou non en état de syphilis active. On est forcé de s'en remettre, sur ce point, aux déclarations des malades, et l'on sait ce que valent, en général, de tels témoignages rétrospectifs, issus de souvenirs équivoques, infidèles, incertains.

Baerensprung, cependant, a pu comparer seize cas où le père était sous le coup d'accidents syphilitiques au moment de la procréation à quatorze autres cas inverses où le père, à cette même époque, était exempt de toute manifestation spécifique. Et il a vu que, dans cette seconde série d'observations, « les avortements prématurés étaient moins fréquents que dans la première », ce qui semblerait indiquer que l'hérédité syphilitique s'exerce

d'une façon moins nocive alors que le géniteur infecté se trouve dans une étape de trêve à l'époque de la procréation.

Je regrette de n'être pas en mesure de fournir sur ce point un contingent d'observations personnelles qui me permettent d'exprimer en l'espèce une opinion motivée. Mais, au reste, la question me paraît d'intérêt secondaire ; car il ne me semble guère que la présence ou l'absence d'accidents actuels soit de nature à rendre inégalement nocive, dans ses conséquences héréditaires, une maladie telle que la syphilis, alors surtout que cette syphilis peut se trouver dans des conditions où, d'un jour à l'autre, par exemple une quinzaine avant ou après la procréation, elle se traduise par une manifestation quelconque.

Je crois, en conséquence, que le problème gagnerait à être posé d'une autre façon, c'est-à-dire sur une base plus large, plus étendue. Je crois, pour préciser, qu'il serait plus médical, au lieu d'engager la discussion sur un jour fixe, de calculer par étapes et de rechercher si l'hérédité syphilitique est plus nocive au cours ou au voisinage d'étapes de manifestations actives que pendant de longs stades d'état latent.

Or, posée en ces termes, la question est à peu près résolue par ce qui précède, c'est-à-dire par ce que nous avons dit relativement à l'influence du temps.

D'une part, en effet, les stades d'activité, les stades

d'explosions morbides, ont presque toujours leur place dans les premiers temps de la maladie, tandis que les étapes d'état latent correspondent, d'une manière habituelle, à des périodes plus avancées.

Et, d'autre part, les deux faits suivants ressortent en toute évidence de l'observation courante, à savoir :

1° Que l'hérédité syphilitique s'exerce bien plus sûrement, voire d'une façon presque fatale, alors que la procréation a lieu soit au cours, soit au voisinage de ce qu'on peut appeler les *crises aiguës* de la maladie, c'est-à-dire dans ces périodes où l'infection se traduit par des *poussées* à accidents multiples et disséminés sur tous les systèmes, où des manifestations diathésiques se répètent et s'accumulent (quelquefois même d'une façon subintrante), où des syphilides succèdent à des syphilides, des plaques muqueuses à des plaques muqueuses, où des adénopathies, des périostites, des troubles nerveux, des troubles viscéraux, etc., entrent en scène de tous côtés, où la pullulation et la généralisation des phénomènes morbides témoignent non pas seulement de l'imprégnation totale de l'organisme, mais d'une sorte de fermentation et d'effervescence actuelle du principe virulent. C'est à de telles époques, c'est en de telles conditions que la maladie acquiert son *maximum de nocivité héréditaire*. Et, en effet, de par l'expérience commune, un enfant procréé à ces orageuses périodes est un enfant presque fatalement condamné, soit à ne pas

voir le jour, soit à naître pour mourir à courte échéance, soit à naître syphilitique; et même, dans cette dernière et plus favorable alternative, vous savez quel sort lui est le plus habituellement réservé.

2° Que, tout au contraire, il y a infiniment plus de chances pour que l'enfant échappe aux dangers de l'hérédité spécifique, alors qu'il est procréé dans des conditions différentes, c'est-à-dire au cours de ces *stades d'accalmie* où le ferment morbide semble assoupi depuis un certain temps, où la maladie ne s'est plus révélée depuis plusieurs mois (*a fortiori*, depuis plusieurs années) par aucun phénomène morbide.

Ce dernier point est acquis de par la signification non douteuse d'une foule de faits qui sont d'ordre absolument commun en pratique et qui tous (ou peu s'en faut) se modèlent sur le schéma que voici :

Un homme contracte la syphilis. Les premiers temps, effrayé des accidents qui se produisent, plus souvent encore effrayé du mauvais renom de la maladie, il se traite. Tout s'apaise; rien ne se produit plus. Et alors, aussi rassuré maintenant qu'il était troublé au début, cet homme se marie. Il se marie en état de non-guérison, certes, ce que l'avenir se chargera plus d'une fois de lui prouver. Et cependant qu'arrive-t-il le plus souvent? C'est que, procréant des enfants au cours d'accalmies de sa diathèse, à une époque déjà plus ou moins distante de ces crises aiguës et redoutables dont je

vous parlais à l'instant, cet homme non guéri reste inoffensif pour ses enfants.

De toutes ces considérations il semble donc bien ressortir que les dangers de l'hérédité syphilitique sont très inégaux suivant que la procréation a lieu au cours des crises d'effervescence de la maladie, ou bien dans ses étapes latentes et surtout dans ses étapes prolongées d'état latent.

En sorte que si, maintenant, nous avions à condenser toutes les discussions qui précèdent en une proposition générale, nous aboutirions en définitive à la formule suivante :

Les dangers héréditaires de la syphilis sont d'autant moins à redouter que : 1° le géniteur infecté ou les géniteurs infectés (peu importe) auront subi une plus sérieuse dépuration sous la double influence du temps et du traitement ; — et 2° qu'ils se trouveront, lors de la procréation, au cours d'un plus long stade d'état latent de leur diathèse.

Voilà, ce me semble, ce que l'on est autorisé à poser comme règle d'une façon générale, réserves faites pour les exceptions que comporte ce principe, exceptions dont nous avons déjà rencontré quelques-unes chemin faisant et dont bon nombre me restent encore à vous signaler.

Mais laissons de côté pour l'instant ce qui a trait à ces exceptions, car je vois surgir, comme complément indispensable aux notions que nous avons

acquises sur l'hérédité spécifique par tout ce qui précède, une question majeure entre toutes, qui doit maintenant fixer notre attention.

XVII

SYPHILIS PAR CONCEPTION.

Déjà, à plusieurs reprises, j'ai eu l'occasion de vous parler incidemment de la syphilis par conception. Le moment est venu de vous en entretenir d'une façon plus complète.

Et, tout d'abord, ne soyez pas étonnés de la place que nous allons lui donner dans notre sujet. Un mot suffira pour légitimer ici son intervention. C'est qu'elle constitue un résultat — et un résultat des plus importants — de l'hérédité paternelle; c'est qu'*elle est fille,* oserai-je dire, *de l'hérédité paternelle*. Qui sait même, d'ailleurs, si elle ne réagit pas à son tour sur le fœtus dont elle est issue? Donc, elle a tous les droits pour figurer dans l'ordre des matières qui s'imposent à notre étude. Et même je ne craindrai pas de lui consacrer de longs développements, étant donné le double intérêt scientifique et pratique qui s'y rattache.

Établissons d'abord le fait dont il va s'agir.

Comment se présente en clinique cette syphilis

par conception? De la façon que voici, au moins le plus habituellement.

Un sujet syphilitique, à syphilis non encore éteinte, contracte mariage. Quelques mois plus tard, sa femme devient enceinte. Et alors se produisent sur elle divers accidents à propos desquels un médecin — l'un de vous, je suppose, — est mandé dans le jeune ménage. Vous examinez ce pourquoi l'on requiert vos conseils, et, à votre grande surprise, vous constatez le caractère indubitablement syphilitique des manifestations que présente cette jeune mariée. Vous trouvez, par exemple, cette femme affectée de symptômes secondaires des plus évidents, tels que syphilides cutanées, plaques muqueuses buccales, croûtes acnéiformes du cuir chevelu, adénopathies cervicales, maux de tête, névralgies vagues, courbature, accès fébriles intermittents, alopécie, etc. Nul doute possible, cette femme est bel et bien syphilitique.

Cela dûment constaté, vous vous mettez alors à la recherche du pourquoi et du comment de cette syphilis. Comment la syphilis a-t-elle frappé cette jeune mariée; par quelle voie s'est-elle introduite; quel en a été l'accident initial; où a siégé le chancre, etc.? Voilà ce que vous vous demandez tout naturellement, ce que vous allez vous efforcer d'élucider.

Et alors, un double étonnement commence pour vous.

D'abord, pas de traces de ce qu'on appelle l'infec-

tion primitive. Nul vestige de *chancre,* nul souvenir d'une lésion localisée, ayant précédé de quelques semaines les accidents actuels. « Eh bien, passe encore pour le chancre, vous dites-vous ; car chacun sait que le chancre constitue souvent chez la femme une lésion minime, fugitive, qui peut facilement rester inaperçue de la malade et n'être plus perceptible pour le médecin après un temps très court. Mais du moins trouverai-je le bubon, car le bubon n'est pas seulement le compagnon fidèle du chancre, suivant le mot de Ricord ; c'en est aussi un *témoin posthume,* qui lui survit longtemps, qui l'atteste longtemps encore après sa disparition en tant que plaie, après sa cicatrisation. »

Vous recherchez donc le bubon, vous le recherchez patiemment, longtemps, obstinément, et vous ne le trouvez pas davantage. Nulle trace, en aucun point, d'une adénopathie primitive.

En un mot, rien autre que des accidents secondaires, comme si la syphilis s'était annoncée d'emblée sur la malade par des manifestations de ce genre, comme si elle n'avait pas eu de période primaire.

Cela, tout d'abord, est bien étrange, n'est-il pas vrai ? Mais patience ! Une seconde surprise vous attend tout aussitôt, et la voici.

La syphilis ainsi constatée chez la jeune femme, vous prenez à part le mari, qui vous confesse, si vous ne les connaissiez déjà, ses antécédents spécifiques. Et alors vous lui demandez naturellement quels accidents *nouveaux* il a éprouvés depuis

son mariage, pour avoir ainsi contagionné sa femme. Sur ce, protestations, protestations formelles de votre client : « Non, vous dit-il, je n'ai rien eu *de nouveau* depuis mon mariage, rien, absolument rien. Je connaissais mon état; j'avais été averti par mon médecin des dangers que pouvait encourir ma femme, s'il me survenait quelque accident semblable à ceux que j'ai eus jadis. Or, je me suis tenu sur mes gardes, je me suis examiné, je me suis surveillé scrupuleusement; et je puis vous affirmer de la façon la plus certaine que rien de suspect ne s'est produit sur moi depuis le jour de mes noces, pas même le moindre bobo, pas même la plus légère éraillure. Cela, je vous en réponds absolument. »

Cependant, ces assertions n'étant guère de nature à vous satisfaire, vous procédez à un examen en règle de votre client, et cet examen reste encore négatif. Pas le moindre accident actuel sur la peau, non plus que sur les muqueuses; pas même le moindre indice d'une lésion quelconque récemment évanouie.

De sorte qu'à prendre les choses telles qu'elles se présentent, force est, en définitive, d'aboutir à ceci : que la jeune femme est devenue syphilitique au contact de son mari syphilitique, mais *sans que celui-ci ait été affecté du moindre symptôme extérieur capable de la contagionner*[1]. Voilà le fait.

1. Je ne mets pas en discussion ici la possibilité d'une contagion

Ah! sans doute, si les cas de ce genre ne s'offraient à l'observation qu'une fois par hasard, d'une façon tout exceptionnelle, on aurait strictement le droit de les révoquer en doute et de dire : « Ce sont là des cas non avenus, incomplets, défectueux; ce sont là des cas où il y a eu erreur, soit de la part de la femme qui n'a pas vu, qui n'a pas senti son chancre, qui l'a laissé passer inaperçu, soit de la part du mari, qui se trompe ou qui nous trompe. Donc, passons, sans accorder à de tels faits plus d'attention qu'ils n'en méritent. » Mais c'est que, bien au contraire, les faits de ce genre sont communs, vraiment communs; c'est qu'ils se présentent à l'observation avec une insistance significative; c'est qu'ils se présentent toujours identiques à eux-mêmes, toujours dans les mêmes conditions et avec les mêmes particularités; c'est enfin, dirai-je, qu'ils finissent par s'imposer, en portant la conviction avec eux.

De sorte qu'en définitive, si extraordinaires qu'ils paraissent, force est bien de se rendre à l'évidence, de les accepter, et de se dire :

« Décidément, oui, il est des cas singuliers, anor-

par le *sperme*. De vieille date, en effet, il a été bien établi par l'observation clinique que le sperme d'un sujet syphilitique n'est pas susceptible de transmettre la contagion. D'autre part, l'expérimentation s'est prononcée plus récemment dans le même sens. On a inoculé à des sujets sains du sperme provenant de sujets syphilitiques, et, comme on devait bien s'y attendre, cette inoculation est restée sans résultat. (V. Mireur, *Recherches sur la non-inoculabilité syphilitique du sperme*, publiées dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. VIII, 1876-77, p. 423. — Dr X..., communication orale.)

maux, où des femmes se trouvent affectées de syphilis secondaire, sans avoir passé par ce qu'on appelle la période primaire de la maladie, et sans avoir reçu la contagion (comme c'est la règle) d'un accident contagieux, tel qu'un chancre, une plaque muqueuse, une lésion suppurative quelconque de syphilis. Oui, de tels faits existent, à n'en pas douter. Mais alors, s'ils existent, quel est donc ce mystère? Des cas de cet ordre ne peuvent qu'en raison de conditions absolument particulières déroger aux lois générales qui régissent la syphilis. Mais alors quelles sont donc ces conditions? »

Eh bien, si nous dirigeons nos investigations en ce sens, c'est-à-dire si nous recherchons quelles conditions particulières différencient étiologiquement les syphilis de cet ordre des syphilis usuelles, des syphilis d'ordre courant (si je puis ainsi parler), nous ne tardons pas à en trouver une *sui generis*, une spéciale entre toutes, spéciale par excellence, à savoir : la GROSSESSE.

Oui, toujours, en pareille occurrence, il y a ou bien il y a eu *grossesse* chez les femmes affectées de cet ordre tout particulier de syphilis. Dans tous les cas de ce genre, la grossesse est un élément étiologique constant; elle ne fait jamais défaut. Cherchez-la bien, et vous ne manquerez pas une seule fois de la trouver.

J'insiste et je précise, car nous touchons ici au cœur même de la question.

S'il vous arrive (et cela vous arrivera plus d'une fois dans votre pratique) de rencontrer une femme qui ait pris la syphilis dans les conditions et de la façon que je viens de dire, à savoir qui, d'une part, l'ait prise en échappant à l'ordre d'accidents qui constituent ce qu'on appelle l'étape initiale de la maladie, et qui, d'autre part, l'ait reçue d'un conjoint depuis longtemps indemne de toute lésion contagieuse; — dans ces conditions, dis-je, interrogez, examinez votre malade, en dirigeant votre attention du côté d'une grossesse, et toujours (*toujours*, entendez bien le mot) vous arriverez à constater ceci :

Ou bien cette femme est enceinte actuellement, à l'époque même de votre visite;

Ou bien elle a été enceinte récemment, et vient soit d'accoucher, soit de faire une fausse couche.

Ah! s'il en est ainsi, si toujours et invariablement les faits en question se présentent de la sorte, avec l'addition indispensable d'un élément spécial, à savoir la grossesse, cela devient pour nous un trait de lumière, et nous voici conduits à raisonner comme il suit : Puisque les cas qui échappent aux lois normales de la contagion syphilitique se compliquent toujours d'un même élément spécial qui y intervient d'une façon constante, est-ce que cet élément ne pourrait pas être cause de ladite anomalie? Est-ce que, par hasard, la grossesse ne jouerait pas un rôle ici pour déterminer cette dérogation aux procédés usuels de la contagion? Est-ce que

cette femme, qui paraît devoir la syphilis à son mari, ne la tiendrait pas en réalité *de son enfant*, de cet enfant qui séjourne dans le sein maternel avec la syphilis qu'il a reçue de son père?

Tel est le soupçon (je ne dis rien de plus pour l'instant) qu'éveille en l'esprit cette première constatation, à savoir : une grossesse comme élément constant dans les scènes pathologiques de ce genre.

Mais, de toute nécessité, pour que ce simple soupçon prenne du corps (passez-moi le mot), pour qu'il ait une base, il faut que, d'autre part, l'existence de la syphilis soit démontrée chez l'enfant. Car, qui n'a rien ne donne rien, en fait de syphilis comme en toute chose. Nous supposons que, dans l'ordre de cas dont il s'agit, la mère a reçu la syphilis de son enfant. Fort bien! Mais cette supposition n'a raison d'être qu'à une condition expresse : c'est, tout naturellement et forcément, que l'enfant ait la syphilis.

Or, en pareil cas, l'enfant est-il ou non syphilitique? Voilà la question préalable à résoudre, avant d'aller plus avant dans la théorie que nous cherchons à édifier.

Eh bien, que répondent à cela les observations? Elles sont formelles pour spécifier qu'en pareil cas le sort du fœtus est inflexiblement compris dans les deux alternatives suivantes :

Ou bien, mort avant la naissance et expulsion par avortement;

Ou bien, naissance en *état de syphilis.*

C'est là ce qui résulte, par exemple, de la statistique de M. Diday qui, sur 22 cas, a constaté ceci :

15 fois, avortement ;

7 fois, naissance d'enfants vivants, mais syphilitiques, invariablement syphilitiques.

C'est là également ce que j'ai constaté pour ma part.

Toujours et invariablement, l'enfant qui naît dans ces conditions est un enfant syphilitique. — Voilà le fait.

Oh ! alors, avec cette donnée supplémentaire, ce qui tout à l'heure n'était encore qu'une simple hypothèse, qu'un soupçon plus ou moins vague, devient une présomption, et une présomption rationnelle, reposant sur une base scientifique. Et l'on se sent pleinement autorisé, de par la démonstration de la syphilis chez l'enfant, à raisonner de la façon suivante :

1° Voici une femme qui vient de contracter la syphilis, et une syphilis étrange, particulière, *décapitée*, si je puis ainsi parler, c'est-à-dire une syphilis sans période initiale, sans chancre, une syphilis à accidents généraux d'emblée ;

2° Cette syphilis, selon toute vraisemblance, la femme en question ne l'a pas reçue de son mari ; car, d'une part, sa maladie (en raison de l'absence du chancre comme accident d'exorde) n'a pas les caractères d'une syphilis dérivant d'un processus

de contagion ; — et, d'autre part, il n'a rien existé chez le mari qui soit de nature à expliquer la contagion ;

3° Enfin, cette femme a été en contact intime, et cela pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, avec un être infecté de syphilis, qu'elle a porté dans son sein et auquel elle a été reliée par une étroite connexion vasculaire.

Donc, avec cet ensemble de données et de par ces données, ne devient-il pas absolument logique de supposer que cette femme a reçu *de son enfant* le germe de la maladie ?

Et alors, le problème se posant de la sorte et dans ces termes, des considérations diverses, qu'il me reste à vous dire, conduisent à le résoudre par l'affirmative.

Ainsi :

I. — Tout d'abord, une telle interprétation des faits est-elle en désaccord avec ce que nous savons des transmissions morbides susceptibles de s'exercer par le placenta ?

Bien loin de là. Elle se trouve au contraire en harmonie parfaite avec tous les résultats cliniques ou expérimentaux relatifs à l'infection possible du fœtus par la voie placentaire. Car il est acquis et bien acquis que nombre de maladies virulentes passent par cette voie de la mère au fœtus. Rappelez-vous à ce propos ce que je vous ai dit précédemment des intéressantes expériences de MM. Straus et

Chamberland, de M. Netter et d'autres encore. Le placenta n'est pas ce qu'on croyait autrefois, à savoir un « filtre parfait », un filtre idéal; il se laisse, au contraire, traverser par les germes infectieux, tout au moins par certains germes.

D'ailleurs, ne nous contentons pas des analogies, et interrogeons la syphilis elle-même. Est-ce que, dans la syphilis, nous n'avons pas la preuve que le contage de la maladie (quel qu'il soit, virus ou microbe, peu importe) traverse le placenta? Voyez donc ce qui arrive alors qu'une femme enceinte (et enceinte du fait d'un homme sain) vient à contracter la syphilis au cours de sa grossesse. Ce qui arrive, c'est que, sinon toujours, au moins le plus souvent, son enfant naît syphilitique. Cet enfant, donc, la mère lui communique la syphilis. Or, comment peut-elle la lui communiquer, sinon par la seule voie qui établisse une connexion matérielle entre elle et lui, à savoir par le placenta?

Eh bien, s'il y a exosmose possible du contage syphilitique de la mère au fœtus, comment serait-on autorisé à récuser la possibilité d'un courant inverse par les mêmes voies, c'est-à-dire à récuser la possibilité d'une endosmose syphilitique du fœtus à la mère? La situation est la même dans les deux cas, les organes de transmission sont les mêmes, l'agent contagieux est le même. En conséquence, rationnellement, la vérole peut aller de l'enfant à la mère tout comme elle va de la mère à l'enfant.

L'infection de la mère par la voie placentaire est

donc rigoureusement et scientifiquement admissible, *a priori*.

II. — En second lieu, se présente une considération non moins probante en faveur de la même doctrine, à savoir :

L'*identité de modalité morbide qui existe entre la syphilis qui va de la mère à l'enfant et celle qui va de l'enfant à la mère.* Je m'explique.

Voyez quelle est la syphilis qui se produit sur l'enfant d'une femme syphilitique, soit d'une femme déjà syphilitique avant sa grossesse, soit d'une femme devenue syphilitique au cours de sa grossesse. C'est une syphilis sans période primaire, *sans chancre initial*, sans bubon primitif. Et, en effet, inutile de vous le rappeler autrement que d'un mot, l'enfant hérédo-syphilitique ne présente jamais de chancre; le chancre est un accident inconnu dans la syphilis héréditaire. D'emblée, l'enfant hérédo-syphilitique est affecté de l'ordre d'accidents qu'on appelle les accidents *généraux* de la vérole; d'emblée, il fait une syphilis secondaire ou tertiaire. — De même encore, l'enfant qui reçoit la syphilis de sa mère, alors que celle-ci l'a contractée au cours d'une grossesse, commence sa syphilis non pas par un chancre, mais par des accidents généraux.

Dans ces deux cas, la syphilis qui passe de la mère à l'enfant par la filière du placenta est toujours une syphilis décapitée, comme je vous le di-

sais tout à l'heure, une syphilis sans période primaire, sans chancre comme accident d'exorde, sans bubon primitif. — Et, à ce point de vue, c'est une syphilis d'ordre absolument spécial, se différenciant absolument de la syphilis usuelle, de la syphilis issue d'une contagion directe.

Eh bien, à son tour, quelle est la syphilis que nous supposons dériver pour la mère d'un enfant syphilitique qu'elle porte dans son sein? Elle aussi, précisément, est une syphilis *générale d'emblée*, débutant du premier coup par des accidents généraux (syphilides cutanées ou muqueuses, céphalée, alopécie, douleurs diverses, etc.); elle aussi est une syphilis sans période primaire, *sans chancre initial*, sans bubon primitif, etc. Voyez l'identité; elle est absolue.

Or, cette identité dans la modalité pathologique (et dans une modalité pathologique en l'espèce anomale, exceptionnelle) n'implique-t-elle pas une *identité dans la modalité infectieuse*, à savoir dans la pénétration du virus? On nous dit — et ce sont les études bactériologiques contemporaines qui nous ont révélé cette curieuse et très essentielle notion — que les virus, les contages, les microbes (peu importe le mot) réagissent ou peuvent réagir différemment sur l'organisme *d'après le mode suivant lequel ils y pénètrent*; on nous dit, par exemple, que le charbon symptomatique inoculé par la peau produit le charbon symptomatique, tandis qu'injecté dans le sang il

produit tout autre chose, à savoir une sorte de vaccination, etc. Eh bien, ne ressort-il pas de là, réciproquement, que des effets semblables exercés par un même virus impliquent une identité de pénétration dans l'organisme? Or, en ce qui nous concerne, cela veut dire que :

Si la syphilis qui va de l'enfant à la mère offre la même modalité morbide (et la même modalité morbide exceptionnelle, n'oubliez pas ceci) que la syphilis qui va de la mère à l'enfant, si l'une et l'autre sont des syphilis sans période primitive, des syphilis générales d'emblée, c'est que l'une et l'autre dérivent d'un mode identique de pénétration dans l'organisme.

Donc, si la syphilis qui va de la mère à l'enfant infecte l'enfant (et cela de toute nécessité, sans contradiction possible) par la voie placentaire, la syphilis qui affecte la mère avec la même modalité originelle doit dériver d'un mode identique, c'est-à-dire arriver à la mère par la même voie, la voie sanguine, la *voie placentaire*.

En d'autres termes et plus simplement, disons ceci :

L'enfant infecté par sa mère *in utero* offre une syphilis spéciale, une syphilis générale d'emblée, parce que cette syphilis lui arrive *par le sang*, et non (comme c'est le cas usuel) par une contamination locale, tégumentaire, dérivant d'une sécrétion infectieuse.

Donc, si, d'autre part, une femme saine, en-

ceinte d'un enfant syphilitique, vient à présenter, elle aussi, une syphilis de même ordre, une syphilis générale d'emblée, c'est qu'elle doit l'infection, elle aussi, à un mode de contamination tout spécial, à un mode identique à celui de l'enfant infecté par sa mère *in utero*, c'est-à-dire à une contamination *par le sang;* — ce qui veut dire, en l'espèce, qu'*elle reçoit la syphilis de son enfant par l'intermédiaire du placenta.*

III. — D'ailleurs, à quoi bon insister? A quoi bon multiplier les considérations probantes en faveur de la thèse que nous discutons? Car il est une raison qui, à elle seule, pourrait nous dispenser de toutes les autres, une raison de par laquelle l'infection de la mère par l'enfant s'impose véritablement; et cette raison (que les mathématiciens appelleraient, si je ne me trompe, une démonstration par l'absurde), c'est l'absence de tout autre mode possible de contamination pour cette femme.

Quoi! Voici une femme saine qui, mariée à un homme syphilitique, est restée saine tant qu'elle n'est pas devenue enceinte, mais qui, une fois devenue enceinte, a été affectée de syphilis; et la grossesse ne serait pour rien dans la genèse de cette syphilis! Mais raisonnons donc un peu les faits.

Cette syphilis, la femme en question ne la doit pas à son mari, puisque celui-ci, bien que syphilitique, n'a pas présenté d'accidents susceptibles de contagionner sa femme; — elle ne la doit pas da-

vantage à une contagion étrangère ou accidentelle, puisque sa syphilis est d'ordre spécial et n'offre pas les caractères de la syphilis par contagion, laquelle toujours a une période primaire.

Et, d'autre part, cette femme porte en elle, porte dans son être, un foyer de syphilis, à savoir un enfant infecté de syphilis et infecté d'une syphilis tellement active qu'il est destiné le plus souvent à en mourir soit avant de naître, soit après sa naissance. — Or, vous ne voudriez pas que cette femme pût recevoir la syphilis de ce foyer d'infection!

Mais alors, de qui la tiendrait-elle donc, cette syphilis? Car il faut bien, en définitive, qu'elle la tienne d'un agent quelconque de contamination.

Mais alors, la syphilis de cette femme resterait absolument incompréhensible, si vous lui refusiez cette origine. Cette origine est la seule à invoquer en l'espèce. Donc, il faut bien que ce soit elle d'où dérive la contamination.

Eh bien, comme tout phénomène a sa cause, comme toute syphilis est forcément issue d'une syphilis, je dis qu'au nom de la logique il est ici une conclusion qui s'impose : c'est que la dite femme, ne pouvant tenir sa syphilis ni de son mari, ni d'une contagion ordinaire quelconque, n'a pu la recevoir que de *son enfant*.

Et j'ajouterai : Cette conclusion n'est pas seulement rationnelle ; elle est de plus clinique et scientifique, puisqu'elle repose, d'une part, sur tout un ensemble de faits bien observés et, d'autre part,

sur les considérations diverses que je viens de produire.

Donc, en définitive et au-dessus de toute contestation, il existe pour la femme un mode de contamination syphilitique tout particulier. Et ce mode consiste en ceci : *possibilité pour une femme enceinte d'être infectée par l'enfant syphilitique qu'elle a conçu d'un homme syphilitique.*

Autrement dit, une femme saine, concevant un enfant syphilitique d'un homme syphilitique, peut être infectée de syphilis par cet enfant au cours de sa grossesse.

Ce mode spécial de contamination syphilitique a reçu un nom spécial. On l'appelle la SYPHILIS PAR CONCEPTION, la SYPHILIS CONCEPTIONNELLE, dénomination qui lui a été appliquée par M. Diday. — Soit dit incidemment, M. Diday ne s'est pas borné à être le parrain de cette entité particulière de syphilis; il en a été presque le père. S'il n'a pas été le premier à la signaler, c'est lui du moins qui, dans toute une série des plus intéressants travaux[1], l'a

1. V. Diday, *Traité de la Syphilis des nouveau-nés*, 1854. — *Nouvelles doctrines sur la Syphilis*, 1858. — *Gazette médicale de Lyon*, 1867 ; — même recueil, 1868. — *La Syphilis par conception* (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, tome VIII, 1876-1877, p. 161 ; — *Le Péril vénérien dans les familles*, Paris, 1881 ; — *La Pratique des maladies vénériennes*, 3e édit., 1890 ; — etc., etc.

Croira-t-on jamais, après ce qu'on vient de lire, qu'on ait pu m'adresser le reproche de n'avoir pas rendu suffisamment justice à M. Diday et de m'être « approprié » cette découverte de la syphilis par conception ?

étudiée et établie de façon à lui donner droit de cité dans la science. Hommage à qui de droit!

Toute réponse serait superflue.

Il est vrai que, d'autre part, dans une lettre que j'ai conservée, mon très vénéré et très regretté maître M. Ricord me faisait amicalement un reproche inverse, celui d'avoir accordé une part trop large à « notre ami Diday » dans la découverte de la syphilis par conception, et notamment de lui en avoir attribué la priorité. Et, à l'appui de sa revendication, M. Ricord ajoutait ceci : « .... Vous trouverez (page 4 de l'observation appartenant à la planche XV quater de ma *Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens*) les paroles suivantes :

« 8° Des observations aussi précises que possible semblent prouver que la syphilis constitutionnelle peut être *transmise de l'enfant à la mère pendant la gestation.* (25 juillet 1841). »

En face de ce texte si précis, il serait difficile, me semble-t-il, de refuser à M. Ricord la priorité qu'il réclame. — Ce qui n'empêche qu'en raison de ses multiples et remarquables travaux sur ce sujet, M. Diday ne se soit en quelque sorte approprié la question, qu'il l'ait faite *sienne*, si je puis ainsi dire, et qu'à ce point de vue, comme à tant d'autres, on lui doive une gratitude scientifique que personne ne lui contestera.

Consulter encore sur le même sujet, sans parler des traités généraux :

Candelon, *Des différents modes de transmission de la syphilis chez le nouveau-né*, Thèses de Paris, 1852.

Hutchinson (J.), *On the communication of syphilis from the fœtus to its mother*, Medical Times and Gaz., 1856.

Balfour (James), *On the communicability of secondary syphilis to the female parent, entirely through the fœtus*, Edinburgh med. Journal, 1856.

De Méric, *Lettsomian lectures on the syphilis*, Londres, 1858. — Analyse dans l'Annuaire de la Syphilis, par Diday et Rollet, 1858.

Maigrot, *Transmission de la syphilis du fœtus à la mère dans les premiers mois de la grossesse*, Union médic., 1862.

Beyran, *Transmission de la syphilis du père au fœtus et du fœtus à sa mère*, Union médic., 1862.

De Arteaga Quesada, *Essai sur la syphilis congéniale*, Th. de Paris, 1865.

Bryant, *Case of syphilis transfered to the mother through a diseased ovum*, Medical Times and Gaz., 1872.

XVIII

Ce qui précède aura suffi, je pense, à vous convaincre de l'authenticité clinique de la syphilis par conception. Je considérerais cependant ma tâche comme incomplètement remplie, si je devais, sur ce point si intéressant, laisser quelques doutes en vos esprits.

Or, des objections diverses ont été adressées à la doctrine de la syphilis par conception. Que valent-elles ? J'ai à cœur de n'en laisser aucune sans réponse.

On nous a dit ceci :

« La syphilis par conception, c'est un leurre, c'est une chimère. Sur quoi vous basez-vous pour justifier vos prétentions, c'est-à-dire pour en faire une syphilis à part, d'un ordre spécial ? Sur ces

Zeissl, *Contribution à l'étude de la transmission de la syphilis héréditaire*, Wiener med. Wochenschr, 1880.

Apolant, *Sur la transmissibilité de la syphilis de l'enfant à la mère*, Berliner Klin. Wochens, 1881.

Lutaud, *Transmission de la syphilis par la voie placentaire*, Journal des connaissances médicales, 1882.

Shadek, *A propos de la théorie de l'infection de la mère par le fœtus*, Anal. in Journal of cutaneous and venereal diseases, 1886.

Carrière, *Syphilis par conception ; deux avortements*, Gaz. hebd. de Montpellier, 1888.

Legendre, *Syphilis conceptionnelle*, Thèses de Bordeaux, 1889.

Barthélemy, *De la syphilis conceptionnelle latente ou fruste*, Congrès international de dermat. et de syphiligraphie, 1889.

deux arguments : 1° que c'est une syphilis sans période primaire ; — et 2° que c'est une syphilis contractée par une femme enceinte au contact d'un mari exempt de tout accident contagieux.

« Or, ces deux considérations ne reposent que sur deux erreurs de faits, deux méprises.

« Et, en effet :

« Si, d'une part, cette syphilis s'est produite ou paraît s'être produite sans chancre, c'est que le chancre qui lui a servi d'exorde a passé inaperçu. Or, il a bien pu passer inaperçu (ce qui d'ailleurs n'est point chose rare en l'espèce) pour une raison quelconque : soit parce qu'il a été petit, superficiel, simplement érosif ; — soit parce qu'il n'a eu qu'une courte durée ; — soit parce qu'il a siégé sur une région insolite (à la façon des chancres extragénitaux), ou bien sur une région inaccessible ou difficilement accessible à l'examen (anneau vulvaire, urèthre, conduit vaginal, col utérin, etc.). Donc, l'absence du chancre n'est pas et ne saurait être, dans les cas en question, positivement démontrée.

« D'autre part, dites-vous, la syphilis par conception serait une syphilis tout particulièrement remarquable par ce fait étrange, voire extraordinaire, qu'elle serait contractée par la femme au contact d'un mari actuellement indemne de tout accident.

« Mais quelle preuve avez-vous que cet homme était *indemne* à l'époque où il a pu contagionner sa femme ? Étiez-vous là pour le constater ? Le mari vous dit qu'il n'a « rien eu » ; c'est fort bien, et

nous ne voulons même pas suspecter sa bonne foi. Mais n'a-t-il pu se tromper, n'a-t-il pu laisser passer inaperçue sur lui une lésion minime, telle qu'une plaque muqueuse qui, pour n'être qu'un bobo, n'en était pas moins une lésion contagieuse ?

« Au besoin même nous ne reculerions pas devant l'hypothèse que cet homme, resté sain, ait pu infecter sa femme par son sang, à propos, par exemple, d'une déchirure survenue pendant le coït.

« En sorte que l'absence sur le mari d'accidents susceptibles de transmettre la contagion n'est rien moins que démontrée.

« Et, au total, la syphilis par conception n'est qu'une création de fantaisie, imaginée, faute de mieux, en vue d'expliquer un certain stock d'observations défectueuses. »

Il n'est pas à se dissimuler, messieurs, la valeur des objections précédentes. D'autant que ce sont là des objections bien naturelles, que chacun se pose et s'oppose à lui-même en face de tout cas de syphilis par conception. Règle générale : on ne croit pas de prime abord à la syphilis conceptionnelle ; on n'y croit, on n'aboutit à y croire qu'après une plus ou moins longue expérience.

J'insiste. La première ou les premières fois qu'on rencontre un cas de cet ordre dans la pratique, on reste sur la défensive, on se défie de soi-même, on s'accuse et l'on se dit à part soi : « C'est là un cas que j'ai dû mal observer ; j'ai pu être trompé par le

mari ; ou j'aurais dû, si je m'y étais mieux pris, découvrir un chancre qui m'a échappé. » — Ce n'est qu'après expérience de plusieurs cas semblables qu'on a enfin le courage de se dire : « Pour le coup, cette fois, si je n'ai pas trouvé de chancre, c'est qu'il n'y en avait pas à trouver ; c'est que j'étais en face d'une syphilis d'ordre spécial, qui n'a pas eu de chancre pour exorde, qui n'a pas eu de période primaire ; c'est bel et bien, très sûrement, à une syphilis *par conception* que, pour cette fois, j'ai eu affaire. »

Et, en effet, telle est la réponse, la véritable réponse à opposer aux objections que je viens de signaler. Oui, si les cas de cet ordre ne se produisaient en pratique qu'une fois ou quelques fois par hasard, on aurait le droit de se retrancher derrière la fin de non-recevoir qui consiste à les taxer de cas « mal observés ». Mais, comme ils se présentent en pratique d'une façon commune, comme ils se présentent toujours identiques à eux-mêmes et toujours dans les mêmes conditions, il n'est vraiment pas à supposer qu'ils soient constitués simplement par un nombre équivalent de méprises, d'erreurs.

En ce qui concerne l'absence du chancre, par exemple, allez donc croire qu'un médecin comme M. Diday, observant 16 cas de ce genre, ait laissé échapper 16 fois le chancre et le bubon, alors qu'il précise dans ses observations qu'il les a toujours *cherchés* l'un et l'autre, et soigneusement cherchés. Allez donc supposer que tous les médecins qui ont

vu, étudié, relaté de semblables faits aient commis autant d'erreurs qu'ils ont rencontré de cas. Pour ma part, j'ai dans mes notes une cinquantaine d'exemples que j'estime bien avérés de syphilis par conception. Croira-t-on jamais que, recherchant le chancre 50 fois, je l'ai laissé passer inaperçu 50 fois ?

Non. Admettre une telle hypothèse, se réfugier, pour récuser la syphilis par conception, derrière la possibilité d'erreurs incessantes, d'erreurs invariablement commises par tout le monde et dans tous les cas, aboutir à dire ceci, somme toute : « Autant d'observations, autant de cas mal vus par des médecins qui, ayant à trouver un chancre, ne l'ont pas trouvé » ; — opposer un tel argument à une doctrine qui repose déjà sur un nombre considérable de faits bien étudiés, ce n'est pas seulement dépasser les limites tolérables d'une critique bienséante, c'est aller à l'encontre du vraisemblable et du bon sens.

Et de même, pour ce qui concerne l'absence d'accidents contagieux sur le mari, c'est encore dépasser la mesure que d'invoquer l'éternel argument « des maris négligents, inconscients du danger, insouciants de leur personne, mauvais observateurs, capables, en un mot, de laisser passer inaperçu sur eux-mêmes un accident contagieux ». Que ledit argument soit applicable à un certain nombre de cas, je suis loin de le nier ; je conviendrai même qu'il s'applique à bon nombre. Mais, à côté des cas qui peuvent légitimer de tels soupçons, il en est d'autres

tout différents. Il en est — et en bon nombre aussi — qui ont été recueillis sur des maris très attentifs à leur état de santé, scrupuleux, consciencieux, prévenus des dangers qui pouvaient résulter pour leur femme de leur ancienne diathèse, et n'ayant jamais cessé de s'examiner, de se surveiller avec un soin minutieux. Il est, enfin, des cas de même ordre qui ont été observés *par des médecins sur eux-mêmes et sur leur femme*. J'en connais, et plusieurs, que malheureusement il m'est interdit de citer[1].

Or, quand des maris aussi sûrs d'eux-mêmes, quand des hommes de l'art viennent vous dire, vous répéter à satiété : « Non, je vous l'affirme, je n'ai rien eu comme accident depuis mon mariage ; depuis mon mariage je n'ai présenté ni à la verge, ni à la bouche, ni ailleurs, la moindre érosion, la moindre éraillure, la moindre rougeur susceptible de contagionner ma femme » ; — lorsque de telles assertions vous sont fournies avec de telles garanties, et lorsque ces mêmes assertions se reproduisent d'une façon absolument identique dans une foule de cas du même genre ; — lorsque, en un mot, si inexplicable, si extraordinaire qu'il puisse paraître, un fait ne cesse de s'affirmer par une série de témoignages concordants ; — en de telles conditions, force est bien de se rendre, de se départir d'une incrédulité d'ailleurs légitime et de dire fina-

1. Cf. J. Hutchinson, *Medical Times and Gazette*, décembre 1876, p. 643 et suiv.

lement : « Eh bien, oui, voilà une femme qui est devenue syphilitique du fait de son mari syphilitique, mais sans que ce mari ait rien présenté de nature à transmettre à cette femme une contamination directe. »

D'ailleurs, il est certains cas où le soupçon d'un accident *inaperçu* sur le mari ou l'amant (c'est tout un, en l'espèce) ne saurait subsister. C'est l'ordre des cas dans lesquels ledit mari ou ledit amant a été examiné *immédiatement*, le lendemain ou le jour même du rapport que l'on aurait à incriminer.

Une observation de M. Gailleton[1] mérite, à ce point de vue, d'être citée. En voici le résumé.

Une jeune fille de seize ans eut *un seul coït* avec un jeune homme affecté de syphilis depuis six mois, mais traité régulièrement, et indemne de tout accident depuis un mois. Le *lendemain* même, ce jeune homme fut examiné par M. Gailleton, qui ne découvrit sur lui aucune lésion, ni sur le corps ni sur les organes génitaux. Or, ce coït unique avait rendu la pauvre fille enceinte. Eh bien, qu'arriva-t-il?

C'est, d'une part, qu'au bout de deux mois et demi cette femme était affectée de violents maux de tête, bientôt suivis de l'explosion d'une syphilide générale, avec plaques muqueuses à la vulve, mais *sans adénopathie inguinale*.

C'est, d'autre part, qu'elle accoucha, neuf mois

1. V. *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, t. XIV, 3e série, p. 566.

plus tard, d'une petite fille qui, quinze jours après sa naissance, présentait des accidents non douteux de syphilis héréditaire (coryza, syphilide papuleuse).

Ainsi, au total : un seul rapport avec un homme syphilitique, *reconnu*, *dès le lendemain*, *exempt de toute lésion suspecte ;* — grossesse ; — enfant syphilitique ; — et deux mois et demi après le rapport fécondant, invasion sur la jeune mère d'une syphilis *sans chancre*, s'accusant d'emblée par des accidents généraux.

Quel exemple plus démonstratif pourrait être exigé à l'appui de la doctrine de la syphilis par conception ?

Comment cette jeune femme, n'ayant eu dans toute sa vie qu'un rapport *unique* avec un homme constaté *sain* à la date même de ce rapport, a-t-elle pu être infectée de syphilis, sinon par l'enfant hérédo-syphilitique qu'elle avait reçu de cet homme ?

Et de même pour d'autres cas (j'en aurais à citer plusieurs pour ma seule part) présentant d'égales garanties d'authenticité.

De sorte que, en présence de tels faits et de par les considérations qui précèdent, le doute n'est plus permis aujourd'hui. Longtemps on a hésité — et l'on a eu raison d'hésiter — à admettre la doctrine de la syphilis par conception. Mais actuellement cette dernière a produit ses preuves ; l'expérience

est faite à son sujet, et la syphilis par conception est entrée, peut-on dire, dans le domaine des vérités acquises et démontrées.

XIX

Maintenant, le fait admis et accepté, dois-je essayer d'aller plus loin et tenter d'en fournir l'interprétation ? Dois-je m'arrêter à discuter par quel mode, par quel mécanisme, l'imprégnation syphilitique passe du fœtus à la mère dans ces cas de syphilis conceptionnelle?

De nombreuses questions se présenteraient à aborder ici : L'infection maternelle, par exemple, résulte-t-elle du contact d'un ovule fécondé par un conjoint syphilitique, et se produit-elle soit dans les trompes, soit dans l'utérus, à l'époque où cet ovule n'est encore rattaché à la mère par aucune greffe organisée? Ou bien ne s'accomplit-elle que plus tard, ultérieurement, par les échanges de la circulation placentaire? Ou bien encore reconnaît-elle quelque autre mode spécial, indéterminé?

Je passerai sur toutes ces questions, et pour cause; car je ne pourrais émettre à leur propos que des hypothèses sans valeur. En toute évidence, nous ne savons rien de tout cela. Mais, ainsi que je vous le disais tout à l'heure, notre ignorance en ce qui concerne l'interprétation du fait importe peu en l'espèce et n'implique rien contre le fait en lui-même.

Je resterai donc sur le terrain exclusivement clinique. Et, pour achever ce que j'ai à vous dire de la syphilis par conception au point de vue clinique, je me bornerai à vous signaler les quelques points suivants.

I. — A quelle époque se font les premières manifestations de cette syphilis par conception?

D'après les faits les plus authentiques qu'il soit dès à présent permis de consulter, l'explosion première de cette syphilis spéciale se ferait, comme échéance la plus habituelle, au cours des deuxième, troisième et quatrième mois de la grossesse.

Mais elle peut se produire aussi, paraît-il, ou plus tôt ou plus tard.

Plus tôt, c'est-à-dire vers le trentième jour de la conception, voire, ainsi qu'il est spécifié dans un cas de M. Diday, dès le vingt et unième jour.

Plus tard, c'est-à-dire au cours du cinquième mois, — voire au delà, bien au delà, car, dans deux cas, on n'en a constaté les premiers symptômes que deux mois après un accouchement à terme.

Toutefois — à peine s'il est besoin de le dire — ces quelques chiffres, basés sur une statistique encore très restreinte, restent absolument *sujets à revision*.

II. — Quels caractères, quelles formes morbides, quelle évolution affecte cette syphilis conceptionnelle?

Sa caractéristique spéciale, celle qui la différencie

de la syphilis de contagion usuelle, vous la connaissez déjà par ce qui précède, et je n'ai qu'à la rappeler ici en deux mots.

Ce en quoi cette syphilis diffère de la syphilis ordinaire, c'est d'être une syphilis *sans période primaire,* c'est-à-dire sans chancre initial, sans bubon primitif; — c'est d'être une syphilis qui fait son entrée en scène par l'ordre des accidents auxquels on donne, en langage technique, le nom d'accidents généraux; — c'est d'être, en un mot, une syphilis *générale d'emblée.*

A cela près, c'est une syphilis comme toutes les autres. Si bien qu'on en a dit très justement : c'est la syphilis acquise ordinaire, *moins le chancre et le bubon satellite du chancre.*

Puisque ce qu'elle a seulement de spécial est son mode de début, insistons sur ce point.

Ce qui constitue son exorde, avons-nous dit, c'est l'explosion inattendue, soudaine, non motivée en apparence, d'accidents de forme secondaire chez une femme en état de grossesse.

Or, parmi ces accidents, ceux qu'on a le plus fréquemment remarqués sont les suivants :

En première ligne, une céphalée plus ou moins intense, quelquefois assez vive; — des douleurs névralgiformes dans la tête; — un état de nervosisme général. — Les accidents de cet ordre marquent souvent l'entrée en scène;

En second lieu, des syphilides de forme surtout

érythémato-papuleuse ; — de l'alopécie, avec de petites croûtelles acnéiformes disséminées dans le cuir chevelu ; — enfin, des plaques muqueuses, et, en particulier, des plaques muqueuses gutturales avec angine secondaire.

Dans cet ensemble morbide, le phénomène prédominant, celui du moins qui est le plus pénible pour la malade, c'est la *céphalée*, avec le malaise nerveux symptomatique ou connexe qu'elle comporte. J'ai plus d'une fois été frappé par l'importance clinique que prend ce mal de tête secondaire dans les cas de cet ordre, et je serais assez porté à penser que la grossesse, de par la susceptibilité nerveuse qu'elle détermine ou par quelque autre processus que j'ignore, n'est pas sans influence pour exagérer ce symptôme particulier.

Voilà, en tant qu'accidents de début, l'ensemble morbide le plus habituel de la syphilis par conception.

Or, inutile de dire que, dans les conditions où il se présente, cet ensemble morbide est souvent, très souvent méconnu comme nature, comme qualité d'accidents, et cela même dans les milieux éclairés de la clientèle de ville. Et, en effet, comment aller soupçonner la syphilis sur une jeune mariée? Comment cette jeune femme surtout pourrait-elle avoir la moindre idée du mal qui l'affecte, alors que le plus souvent elle ignore jusqu'au nom même de la syphilis? Aussi bien, comme

règle presque constante, ces divers troubles sont-ils imputés à toute autre cause qu'à leur cause véritable. Les douleurs de tête sont taxées de migraines ou de névralgies ; — l'angine devient un mal de gorge vulgaire, une angine granuleuse, rhumatismale ou autre ; — l'alopécie est rapportée à la grossesse ; — les plaques muqueuses de l'anus sont vaguement traitées d'eczéma ou d'hémorrhoïdes, comme dans un cas que j'observais tout récemment ; — et ainsi de suite. Si bien que nombreux, très nombreux, je le répète, sont les cas où ces divers symptômes restent négligés, ne sont pas soumis à l'examen d'un médecin, ne sont pas surpris sur le fait et, au total, passent méconnus. Le médecin n'en a notion que plus tard, bien plus tard en maintes circonstances ; il les retrouve seulement au titre de commémoratifs vagues et presque oubliés, alors que, mandé ultérieurement à propos d'autres manifestations, il s'efforce de remonter dans les antécédents de la malade par un interrogatoire rétrospectif et de reconstituer la *série* syphilitique normale.

Mais ce qui n'est pas moins essentiel à spécifier, c'est qu'en d'autres cas — qui, ceux-ci, ne restent pas, ne sauraient rester inaperçus — la syphilis par conception débute d'une façon bien différente. Elle s'annonce alors, tout au contraire, avec éclat, en s'attestant d'emblée par des manifestations plus évidentes, plus tapageuses (passez-moi le mot),

telles, par exemple, que des syphilides généralisées, papulo-squameuses, psoriasiformes ou pustulo-croûteuses. Parfois même, mais ceci n'est plus qu'exceptionnel, on l'a vue prendre d'emblée l'allure des syphilis malignes précoces, au double point de vue de l'intensité des manifestations locales et de la réaction sur l'état général.

Comme exemple de ce dernier ordre de cas qui mérite à coup sûr toute notre attention, je vous citerai le fait d'une jeune mariée qui, affectée d'une syphilis par conception, fut prise très rapidement des deux ordres d'accidents que voici : d'une part, une syphilide ulcérative, occupant surtout les membres inférieurs, où elle produisit des entamures profondes, d'aspect menaçant; — et, d'autre part, des symptômes généraux véritablement graves. C'est ainsi qu'en quelques semaines cette jeune femme se transforma littéralement ; elle pâlit, maigrit, s'affaiblit, s'étiola, et tout cela d'une façon surprenante, au point de m'inspirer les plus vives alarmes. Je me souviens que, pendant plusieurs semaines, en face d'un pareil ensemble de symptômes, je me demandai plus d'une fois si cette syphilis ne se compliquait pas ou n'allait pas se compliquer de l'invasion d'une tuberculose aiguë. — Peu à peu, cependant, sous l'influence du traitement spécifique, tout rentra dans l'ordre. Et aujourd'hui cette jeune femme (ainsi que son enfant qui, disons-le au passage, fut naturellement, lui aussi, affecté de syphilis) est complètement et absolument rétablie.

Voilà pour les particularités qui signalent l'entrée en scène de la syphilis par conception.

Quant à ses manifestations consécutives, quant à ses étapes ultérieures, il ne semble pas résulter des faits observés jusqu'à ce jour que cette syphilis diffère sensiblement de la syphilis ordinaire. Autant du moins que nous en puissions juger quant à présent, elle comporte le même ordre d'accidents possibles, prochains ou éloignés, la même évolution et les mêmes éventualités tertiaires que toute syphilis de contagion usuelle. Ainsi, déjà plusieurs fois on l'a vue aboutir aux manifestations du tertiarisme, telles notamment que syphilides tuberculo-ulcéreuses, gommes, syphilis cérébrale, phagédénisme, etc....

Telle est, messieurs, la syphilis par conception. Je viens d'en établir l'authenticité clinique ; je vous ai dit sous quelles formes morbides elle se présente, et spécialement quel mode de début elle affecte ; je vous ai montré ce en quoi elle se différencie de la syphilis par contagion. Il me reste maintenant à déduire les conséquences de ce qui précède, c'est-à-dire à rechercher quels enseignements en dérivent au double point de vue scientifique et pratique.

XX

I. — Au point de vue pratique, tout d'abord, il résulte de la connaissance de cette syphilis par conception un enseignement de premier ordre et d'une importance véritablement sociale; vous allez en juger.

Cet enseignement, c'est qu'*un mari syphilitique peut être dangereux pour sa femme non pas seulement en tant que mari, mais en tant que père ; — en tant que père, c'est-à-dire de par les enfants qu'il peut engendrer.*

Or, ce dernier point constitue un danger qu'on oublie trop — ou dont on ne tient pas assez compte tout au moins — dans le calcul des conditions d'admissibilité des sujets syphilitiques au mariage.

Beaucoup de gens du monde, candidats au mariage (sans parler même de quelques médecins), raisonnent de la façon que voici :

« Bien que syphilitique et non encore guéri de ma syphilis, vous disent-ils, je puis me marier sans crainte de contagionner ma femme; car la maladie ne se communique que par un accident contagieux de syphilis, et le sperme n'est pas contagieux, assure-t-on. Or, relativement à un accident susceptible de transmettre la contagion, je m'observerai, je me surveillerai; et, si le moindre phénomène suspect vient à se montrer sur moi, si je me vois

quoi que ce soit à la verge, si je me sens quoi que ce soit à la bouche, je saurai bien m'abstenir, je serai assez maître de moi pour m'abstenir, de façon à préserver ma femme de tout risque de contamination. »

Et, rassurés par ce beau raisonnement, lesdits sujets se marient. Ils n'ont oublié qu'un point, c'est la syphilis par conception.

Aussi bien, pour ma seule part, aurais-je à citer quantité de cas où des individus syphilitiques, s'étant mariés en de telles conditions et s'étant astreints rigoureusement au programme précité, n'en ont pas moins abouti bel et bien à contagionner leur femme.

C'est qu'en effet, indépendamment de la contagion directe qui peut résulter pour la femme d'un accident syphilitique du mari, il est pour elle une autre contagion non moins redoutable, à savoir celle qui peut dériver pour elle d'un enfant syphilitique procréé par ce mari syphilitique, c'est-à-dire la contagion *par conception*.

Conséquence de l'hérédité paternelle, la syphilis par conception constitue pour la femme un danger réel, authentique, comme nous l'avons démontré surabondamment par ce qui précède. Or, c'est là un danger qu'un homme du monde peut bien ignorer, mais que nous, médecins, nous devons connaître, que nous avons le devoir de connaître, et dont nous avons aussi l'obligation d'instruire nos malades, alors qu'ils aspirent prématurément au mariage et

viennent nous tenir le langage que je reproduisais à l'instant.

Au total, donc, un sujet syphilitique peut être dangereux dans le mariage par son pouvoir fécondant, par son hérédité propre, c'est-à-dire par la procréation d'un enfant syphilitique, dont la syphilis peut se réfléchir sur la mère.

Je vous laisse à penser si une telle notion est appelée à rendre les plus salutaires offices dans la pratique.

II. — En second lieu, au point de vue scientifique, la doctrine de la syphilis par conception n'est pas moins intéressante ni moins féconde en enseignements.

Vous en jugerez par ce qui va suivre.

Tout d'abord, elle éclaire nombre d'obscurités relatives à l'étiologie de la syphilis féminine.

De très vieille date on a dit et répété ceci à satiété : « Le chancre est d'observation peu commune chez la femme, relativement à ce qu'il est chez l'homme ; — le chancre fait bien plus souvent défaut chez la femme que chez l'homme en tant qu'accident d'origine de la syphilis » ; — et même (ceci est écrit) le chancre « est une *rareté* chez la femme[1] ».

1. V. A. Fournier, *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, 2e édit., p. 34 et suiv., où cette question de fréquence du chancre chez la femme se trouve longuement discutée.

Certes, il est nombre de raisons et de genres très divers, que je n'ai pas à examiner ici, pour que le chancre soit plus rarement observé chez la femme que chez l'homme. Mais, en dehors de ces raisons étrangères à notre sujet, ne voyez-vous pas qu'il en est une, et une puissante, considérable par sa fréquence, dans cet ordre même de syphilis qui nous occupe pour l'instant, c'est-à-dire dans les syphilis par conception, dans les syphilis qui, dérivant pour la femme d'un fœtus héréditairement infecté par son père, débutent chez elle par des accidents généraux d'emblée? Autant de syphilis par conception, autant de syphilis qui font exception à la règle usuelle en débutant sans le chancre comme exorde.

Or, tenez ceci pour certain : le rôle que joue la syphilis conceptionnelle, en tant que cause de la rareté relative avec laquelle s'observe le chancre chez la femme, est infiniment plus considérable qu'on ne l'imagine ; car la syphilis par conception est en réalité un mode d'infection *beaucoup plus commun* qu'on ne le croit généralement. On suppose — et ces jours derniers un de mes collègues et amis me le répétait encore — que la syphilis conceptionnelle est « une exception », un fait rare, tout au moins. Eh bien, mon expérience personnelle proteste contre cette opinion. D'après ce que j'ai vu soit ici, à l'hôpital, soit en ville surtout où les cas de cet ordre peuvent être bien mieux appréciés, la syphilis par conception serait au contraire

assez commune, et cela spécialement chez les jeunes mariées.

On la dit rare, on la croit rare. Mais pourquoi? Il est à cela une raison excellente: c'est qu'on ne s'en préoccupe guère; c'est que nombre de médecins, même parmi les plus instruits, n'y attachent qu'une créance plus que réservée; c'est que certains même en ignorent jusqu'à l'existence. Or, il en est d'elle, dans ces conditions, comme de toute maladie non déterminée, non classée, non étiquetée. Cette maladie, personne ne la rencontre, personne ne l'observe, tant qu'elle n'existe pas à l'état d'entité bien définie; mais vient-elle à être décrite, spécifiée, tout le monde aussitôt en cite des exemples. Observait-on des ataxies avant Duchenne (de Boulogne)? Arrive ce grand initiateur, qui dégage le type tabétique des affections de la moelle, qui le dénomme, qui nous apprend à le distinguer, et tout aussitôt, à dater de ce jour, l'ataxie devient une maladie commune, si commune même qu'elle figure actuellement, comme fréquence, au premier rang des lésions médullaires.

Eh bien, je puis, me semble-t-il, devenir prophète à peu de frais, en présageant un sort semblable à la syphilis par conception. Tant qu'elle restera ce qu'elle est encore actuellement, c'est-à-dire un mode de contamination ou peu connu ou ignoré, elle sera considérée comme plus ou moins rare, même par ses adeptes. Mais le jour où la notion en sera vulgarisée, vous verrez que ce mode

de contamination deviendra ce qu'il est, à mon avis, à savoir : *assez fréquent.*

Assez fréquent, oui, je le répète ; et cela, je dois le démontrer, je dois insister sur ce point, sans crainte de sortir de mon sujet. Car, est-ce sortir de mon sujet que d'établir toute l'importance qui se rattache à l'une des conséquences possibles de l'hérédité paternelle ? Donc, je poursuis.

La syphilis par conception, disais-je, est certes plus commune qu'on ne le croit généralement. De cela je trouve une première preuve dans ce fait que nombre de cas qu'on n'ose encore rapporter comme origine à la syphilis par conception s'y rapportent en réalité forcément et de toute nécessité. Je m'explique.

Où en sont les choses aujourd'hui ? Ah ! certes, nous croyons à la syphilis par conception, nous consentons à l'admettre alors qu'elle se présente à nous avec un faisceau de preuves absolument démonstratives ; nous y croyons, à parler net, quand nous ne pouvons faire autrement que d'y croire. Voici un cas, je suppose, où la syphilis par conception s'atteste formellement par ces quatre preuves : syphilis démontrée chez le père ; — grossesse évidente ; — syphilis démontrée chez l'enfant ; — syphilis d'ordre spécial chez la jeune mère, c'est-à-dire syphilis générale d'emblée, sans période primaire. Devant un tel ensemble nous nous inclinons et nous disons : Oui, à n'en pas douter, il

s'agit bien là, dans ce cas, d'une syphilis toute particulière, il s'agit bien là de ce qu'on appelle la syphilis par conception.

Mais convenez, convenons tous tant que nous sommes ici, que nous serions bien autrement froids, hésitants, soupçonneux, si quelqu'un ou plusieurs de ces quatre éléments de conviction venaient à faire défaut. Oserions-nous croire, par exemple, à une syphilis par conception si la syphilis du père n'était pas connue, avérée; — si la syphilis de l'enfant n'était pas démontrée; — si la grossesse avait été courte, très courte, voire assez courte pour rester presque douteuse, etc.? Non, assurément; et notre réserve, dans ces dernières conditions, serait certes bien légitime.

Et cependant, réfléchissons. La syphilis conceptionnelle existe tout aussi bien sans preuves qu'avec ses preuves; elle existe tout aussi bien sans démonstration possible qu'avec ses papiers en règle, passez-moi l'expression, tout comme chacun de nous existe sans avoir en poche son certificat de vie. Or, forcément et en toute évidence, elle existe, elle doit exister fort souvent *sans pouvoir être démontrée*. Nombre de cas, en d'autres termes, doivent se produire — et cela nécessairement, fatalement — dans lesquels une femme est infectée par son enfant sans que nous ayons la possibilité matérielle de réunir le faisceau de preuves nécessaires à l'absolue et péremptoire démonstration du fait.

Deux considérations vont faire la lumière sur ce point.

Les avortements, on le sait par ce qui précède, sont des plus fréquents dans la syphilis conceptionnelle. M. Diday en a compté 17 sur 22 grossesses, chez des femmes infectées de la sorte. Eh bien, en cas d'avortement, la démonstration de la syphilis fœtale est presque impossible. D'abord, fait-on souvent les autopsies de fœtus, même à l'hôpital? Puis, lorsqu'on les fait, que démontrent-elles? Rien, dans l'immense majorité des cas. Et que pourraient-elles démontrer d'ailleurs sur des fœtus de trois mois, de deux mois, d'un mois? — Donc, en pareil cas, voilà une pièce à conviction, et la plus essentielle de toutes en l'espèce, qui fait défaut. Et cependant, malgré l'absence de cette pièce, la syphilis par conception n'en a-t-elle pas moins existé?

En second lieu, les avortements qui dérivent de l'hérédité paternelle sont souvent précoces, très précoces, à ce point que le fait même de la grossesse peut rester douteux. Y a-t-il, en effet, une bien notable différence entre une fausse couche de six semaines ou d'un mois et des règles un peu plus douloureuses et un peu plus abondantes que de coutume? On peut s'y tromper, certes, et une femme surtout peut s'y tromper; tout au moins on peut hésiter, ne pas savoir.

Or, parce qu'une femme aura avorté d'assez bonne heure pour ne pas trop savoir si elle a été

ou non enceinte, est-ce que la syphilis par conception n'en aura pas moins existé?

J'insiste et je précise. — De par ce qui précède nous savons pertinemment que l'infection de la mère par voie conceptionnelle peut se faire d'une façon très hâtive, voire dès les premiers temps de la grossesse. Cela n'est pas une supposition, une hypothèse; c'est un résultat direct de l'observation, puisqu'on a vu des cas où la première explosion manifeste de la syphilis par conception s'est produite au trentième jour de la grossesse et même plus tôt encore, comme dans une observation de M. Diday. Or, pour que l'infection soit déjà en pleine explosion au trentième jour, il faut de toute nécessité qu'elle date déjà à cette époque d'un certain temps; car sa généralisation ne saurait se faire, suivant toute vraisemblance, qu'après un certain temps d'élaboration morbide, de prolifération et de colonisation microbique. Donc, tout en nous abstenant d'une évaluation rigoureuse, nous sommes autorisés à croire que l'infection maternelle dérivant du fœtus doit ou tout au moins peut s'accomplir *dès les premières semaines* de la grossesse.

D'où cette conséquence : qu'une femme peut être infectée aussi bien avec une grossesse qui n'aura duré qu'un mois, quinze jours même, qu'avec une grossesse qui sera allée à terme. Or, je vous le demande, une grossesse d'un mois ou de quinze jours est-elle d'un diagnostic facile ou même possible?

Soit dit incidemment, ce dernier point est des plus dignes de remarque, et j'appelle sur lui toute votre attention. Voyez donc! Jusqu'à ce jour on ne s'est guère prêté à l'idée d'une infection par la grossesse qu'avec une grossesse plus ou moins avancée, qu'avec un fœtus assez viable pour être en état d'élaborer, puis de transmettre à sa mère la syphilis qu'il tient de son père. Eh bien, pas du tout! Les choses vont ou peuvent aller plus vite; et le premier mois de la gestation n'est pas écoulé que déjà le transport de la syphilis à la mère peut s'être effectué.

Si bien que l'avortement, je suppose, venant à se produire à six semaines, l'infection de la mère se trouve accomplie déjà! Si bien même, assure-t-on, qu'elle peut s'accomplir plus tôt encore! En sorte, comme l'a si justement fait remarquer M. Diday, qu'à la rigueur « pas même ne serait besoin d'un *retard*, d'une suspension de règles. Car, d'une époque à une autre il y a le temps voulu pour que se soit faite la transmission du virus. Et alors, si une cause quelconque vient à déterminer l'expulsion de l'ovule avant le retour de l'époque ou à l'époque même, tout aura passé inaperçu, et une pauvre femme se trouvera vérolée sans se rappeler autre chose qu'une époque qui s'accompagna d'un peu plus de coliques et peut-être de quelques caillots en plus que dans ses époques ordinaires ! [1] »

1. Diday, *Le Péril vénérien*, p. 202.

Et c'est ainsi, très certainement, que doivent s'expliquer (au moins pour un certain nombre) ces cas singuliers où de jeunes mariées se sont trouvées tout à coup en état de syphilis peu de temps après leur mariage, et cela sans qu'on sache ni pourquoi ni comment. « C'est tout à coup, vous raconte-t-on (et que d'exemples de ce genre n'aurais-je pas à citer!), que la jeune femme a présenté des accidents de syphilis secondaire », alors cependant que le mari était resté indemne de tout accident. Comment donc a pu se produire cette syphilis étrange, extraordinaire? Cherchez bien, et toujours, en pareil cas, vous apprendrez ceci : que, peu de temps après son mariage, cette femme a fait une fausse couche de quelques semaines; — ou bien, si la fausse couche ne vous est pas dénoncée en propres termes, elle vous sera implicitement révélée par ce fait que la femme aura éprouvé, peu de temps avant l'invasion des accidents syphilitiques, quelque chose comme un « retard » ou une « perte ».

Dans ces conditions, bien évidemment, l'infection de la femme *a fœto*, c'est-à-dire la syphilis par conception ne saurait être démontrable, puisqu'un des éléments essentiels de cette démonstration fait absolument défaut, c'est-à-dire puisqu'entre la syphilis du père et la syphilis de la mère il manque un chaînon, à savoir la syphilis de l'enfant. Mais en est-elle moins réelle, moins authentique pour cela? Non. Car elle ressort en non moindre évidence des deux particularités suivantes :

1° Impossibilité de rattacher cette contamination à une autre origine que celle d'une infection par le fœtus ;

2° Et production fréquente d'infections identiques dans un ensemble de circonstances identiques.

Aussi bien, si de telles contaminations étaient rapportées à leur véritable cause, si nous étions assez enhardis pour les rattacher à leur origine réelle et leur imposer l'étiquette qui leur convient, la fréquence de la syphilis par conception serait-elle considérée pour ce qu'elle est réellement, je crois, à savoir comme beaucoup plus considérable qu'on ne la suppose généralement.

Voilà déjà deux raisons qui, dans une large mesure, surélèvent la fréquence de la syphilis conceptionnelle au-dessus de ce que j'appellerai son taux accrédité. Eh bien, ce n'est pas tout. Car aux deux raisons qui précèdent s'en ajoute encore une troisième qu'il me reste à vous signaler.

Celle-ci consiste en ce fait que l'infection qui immigre de l'enfant à la mère est souvent méconnue, et méconnue parce qu'elle reste chez la mère à l'état d'imprégnation LATENTE.

Avec cette dernière proposition, à coup sûr inattendue, nous voici en regard d'une particularité nouvelle qui, à elle seule, constitue tout un sujet d'études et qui, de par son importance, va exiger de nous de longs développements.

Cette particularité, c'est l'*immunité* singulière dont paraît jouir une mère vis-à-vis de son enfant syphilitique; — immunité telle et semblant si bien démontrée qu'on l'a élevée jusqu'à la dignité d'un dogme, d'une *loi* scientifique, actuellement désignée (et bien à tort, comme nous le verrons) sous le nom de l'auteur qui l'aurait, croit-on, le premier formulée, à savoir : *loi de Colles*.

Qu'est-ce que cette loi? Quelle en est la teneur, et surtout quelle en est la valeur scientifique? C'est là ce qui s'impose maintenant à notre étude.

XXI

LOI DE COLLES, ou mieux : LOI DE BAUMÈS.

Un spectacle étrange, extraordinaire, nous est parfois offert en clinique. C'est celui d'une mère saine, allaitant son enfant criblé d'accidents syphilitiques des plus contagieux, et restant saine à son contact.

Je vais préciser par un exemple; et cet exemple, je le copierai textuellement sur l'une des nombreuses observations de ce genre que j'ai dans mes cartons.

Un jeune ménage se présente à nous ici-même, la mère portant dans ses bras un enfant qu'à sa physionomie hideuse et toute spéciale chacun de

nous reconnaît au premier coup d'œil comme affecté d'hérédo-syphilis.

Le père nous raconte, en effet, qu'il a eu la syphilis deux ans avant son mariage. Il s'en est très légèrement et très incomplètement traité. — Sa femme est devenue enceinte presque aussitôt après les noces; et elle est accouchée, il y a deux mois et demi, d'un enfant qui, dès sa deuxième ou sa troisième semaine, a été affecté d'accidents reconnus syphilitiques par divers médecins. On a traité cet enfant; mais son mal n'en a pas moins empiré, et c'est pour cela qu'on nous l'amène.

Nous examinons l'enfant, et nous le trouvons littéralement criblé d'accidents syphilitiques (je vous en épargne le détail qui n'aurait aucun intérêt en l'espèce). Il est couvert notamment de syphilides ulcératives au niveau des fesses, des cuisses, du scrotum, etc. — Sa bouche, en particulier, est le siège de plaques muqueuses multiples, affectant les lèvres, les commissures, la langue, le voile du palais, etc. — Son menton n'est qu'une nappe ulcéro-croûteuse. — Et ainsi de suite.

En pareille condition, que pouvions-nous, que devions-nous nous attendre à trouver sur la mère, sur cette mère qui, de plus, nourrissait cet enfant? Toutes les présomptions n'étaient-elles pas, avant examen, pour que cette femme, elle aussi, fût affectée de syphilis? Si déjà elle n'avait reçu la syphilis de son mari ou de son enfant avant l'accouchement, n'avait-elle pas dû, depuis lors, la rece-

voir de ce dernier en sa qualité de nourrice? Car, dans cette dernière hypothèse, comment aurait-elle pu échapper à une contagion qui, pour ainsi dire, est de règle chez les nourrices?

Donc, suivant toute probabilité, nous allions trouver cette femme en état de syphilis.

Eh bien, pas du tout.

Nous commençons par interroger cette femme, et ses réponses ne nous révèlent rien. D'abord, son passé de jeune fille paraît à l'abri de tout soupçon. D'autre part, depuis son mariage elle n'a éprouvé, nous dit-elle, aucun accident, aucune indisposition même, à cela près de quelques malaises dépendant de la grossesse. Elle n'a aucun souvenir d'un symptôme morbide quelconque ayant trait à la syphilis.

Nous la soumettons alors à un examen complet, aussi complet que possible, prolongé, minutieux. Nous inspectons les seins avant tout, puis la vulve, la peau, les muqueuses, les ganglions, les os, etc., etc.; et le résultat de nos investigations se résume en un seul mot : *Rien*. Bref, nous ne découvrons aucun symptôme, aucun stigmate qui puisse éveiller le plus léger soupçon soit d'un état syphilitique actuel, soit d'antécédents de syphilis. — Somme toute, cette femme est *saine*, ou du moins elle ne diffère en rien d'une femme saine.

Elle séjourne alors dans notre service pendant plusieurs mois, toujours en continuant à allaiter son enfant; — sortie de l'hôpital, elle revient assez

régulièrement, pendant une année environ, à nos consultations du mercredi. Et, pendant tout ce temps, examinée à maintes et maintes reprises, elle est invariablement trouvée saine, exempte de tout accident suspect.

Voilà le fait.

Eh bien, messieurs, ce fait particulier n'est que la reproduction, la photographie, dirai-je, de cas identiques qui se présentent fréquemment à l'observation et dont un assez grand nombre déjà sont insérés dans diverses publications (journaux de médecine, recueils spéciaux, monographies, thèses, etc.). Tous ces cas, dont je juge inutile de vous citer à nouveau quelque spécimen, se résument toujours et invariablement dans le schéma que voici :

D'une part, enfant syphilitique, issu d'un père syphilitique, et présentant (à la bouche notamment) des accidents de forme contagieuse, ultra-contagieuse ; — d'autre part, mère saine antérieurement, saine encore actuellement, et restant saine, bien qu'allaitant ledit enfant.

Ainsi donc, au total, voici le fait clinique en question :

Une femme, mère d'un enfant syphilitique, mais restée saine jusqu'alors, semble réfractaire à la contagion syphilitique vis-à-vis de son enfant.

Cet enfant, qui porte les lésions les plus contagieuses, elle est en contact permanent avec lui, de

jour et de nuit ; elle le soigne, le lave, le panse, l'allaite, l'embrasse ou est embrassée par lui cent fois le jour ; elle s'expose, en un mot, près de lui à tous les risques de contagion possibles ; et cependant, cette contagion, elle ne la reçoit pas !

Elle ne la reçoit pas, alors qu'une autre nourrice, venant à donner le sein à ce même petit être (et cela ne serait-ce qu'un jour, ne serait-ce que pour une seule tétée, comme je pourrais vous en citer des exemples), serait presque certainement contaminée par lui.

Comment ! allez-vous dire, au mépris de toutes les lois le plus sûrement établies, la contagion ne s'exerce pas de cet enfant syphilitique à sa mère ! Mais alors il se passe donc ici quelque chose d'extraordinaire, de mystérieux, qui nous échappe. C'est à n'y pas croire, véritablement.

Oui, très sûrement, vous répondrai-je, ce serait à n'y pas croire, si des cas de ce genre ne se présentaient à l'observation que de loin en loin, d'une façon absolument isolée. Car, alors, on serait en droit de les désavouer, de leur opposer une fin de non-recevoir quelconque, au total de n'en pas tenir compte, et de dire : « Ce ne sont là que des raretés, des faits absolument exceptionnels qui doivent dépendre de circonstances non moins exceptionnelles ; qui sait même si de tels faits ne dérivent pas d'observations erronées ? Laissons-les donc pour ce qu'ils sont et n'y prenons pas garde. »

Mais c'est que, tout au contraire, les choses ne se présentent pas de la sorte, tant s'en faut. Les cas de cet ordre, loin d'être rares ou exceptionnels, sont communs, des plus communs. Nous en avons compté quatre dans le seul service de la Clinique d'octobre à décembre dernier, quatre en trois mois! « Ce sont là des cas qui pullulent dans mes salles », me disait mon collègue le docteur Besnier, il y a quelques jours. Il n'est pas de praticien qui n'en ait quelques exemples en souvenir. Bref, ce sont là, je le répète, des cas d'observation courante.

D'ailleurs, il y a plus, et j'appelle sur ce point toute votre attention. Alors qu'on établit une enquête pour déterminer ce qui advient usuellement en pareille situation, c'est-à-dire ce qui advient d'habitude aux mères qui ont mis au monde un enfant syphilitique et qui, plus tard, allaitent cet enfant en pleine effervescence de syphilis, on aboutit à constater ceci d'une façon formelle : que, règle générale et presque absolue[1], les dites mères *restent saines,* ne sont pas contagionnées par leur enfant. Donc le fait en question, *c'est la règle*, en de telles conditions.

Aussi bien, sur ce point, l'expérience pratique a-t-elle complètement bouleversé les inductions de la théorie. Théoriquement, on pouvait, on devait s'attendre à ce qu'un enfant syphilitique transmît

1. Nous verrons plus tard qu'on a cru pouvoir opposer à cette règle quelques exceptions.

l'infection à sa mère jusqu'alors restée saine. « Car, disait-on, comment un enfant syphilitique ne contagionnerait-il pas sa mère, alors que presque fatalement il contagionnerait une nourrice? » Or, à cela l'observation clinique est venue répondre : « Non, cet enfant ne contagionne pas sa mère. Toujours cette mère reste saine et semble réfractaire à l'infection pouvant dériver pour elle de son enfant. »

Et, finalement, il est arrivé que ce résultat singulier de l'observation clinique, à savoir l'*immunité de la mère vis-à-vis de son enfant, héritier de l'infection paternelle,* a paru tellement acquis, tellement démontré par une foule de faits recueillis de toutes parts, qu'on l'a élevé jusqu'au rang, jusqu'à la dignité d'une loi pathologique, d'une LOI — entendez bien le mot. Et cette loi, on l'a promulguée sous la teneur que voici :

Une mère ne reçoit jamais la syphilis de son enfant, même affecté de lésions contagieuses, alors que cet enfant tient héréditairement la syphilis de son père.

Ou, plus simplement :

Un enfant procréé syphilitique par un père syphilitique ne contagionne jamais sa mère.

Telle est la loi, puisque loi il y a, puisqu'on a décoré de ce nom cet aphorisme d'observation clinique.

Mais toute loi a besoin de commentaires. Pla-

çons donc ici, comme commentaire indispensable au texte précité, une remarque immédiate.

C'est que, dans ladite loi, il n'est question que de l'immunité de la mère contre l'*hérédo-syphilis de son enfant*, et non pas contre une syphilis d'un autre ordre, par exemple contre une syphilis acquise par l'enfant au delà de sa naissance.

Entendons-nous bien à ce sujet, de façon à ne laisser place ici à aucune ambiguïté.

La loi sus-énoncée dit ceci :

« Une femme a conçu d'un homme syphilitique un enfant, lequel est héréditairement infecté de syphilis par le fait de la syphilis de son père ; — cette femme est restée saine jusqu'à son accouchement ; — au delà de son accouchement, elle ne prendra pas la syphilis de son enfant, alors même que cet enfant viendrait à présenter les accidents les plus contagieux. »

Mais cette loi ne va pas plus loin. Elle ne dit en rien ce que, abusivement, on lui a fait dire quelquefois, à savoir : qu'une mère ne peut jamais recevoir la syphilis de son enfant. Et, en effet, il est d'expérience commune qu'une mère n'est en rien réfractaire à la syphilis de son enfant, alors que cet enfant vient à contracter la syphilis *après sa naissance*, par le fait d'une contamination acquise. Deux exemples, pris au hasard dans mes notes, fixeront vos convictions sur ce point.

Un enfant, né sain, contracte la syphilis par vaccination ; — trois mois plus tard, de par des plaques

muqueuses qu'il porte à la bouche, il contamine sa mère qui a continué à l'allaiter et qui contracte de lui un chancre mammaire.

De même, un enfant né sain de parents sains, est contaminé par une nourrice syphilitique; — quelques mois plus tard, il transmet la contagion à sa mère, et cela, comme dans le cas précédent, de par des plaques muqueuses buccales qui inoculent à celle-ci un chancre sur la lèvre.

Cet ordre de contagions, il n'en est en rien question dans la loi que nous discutons actuellement. Cette loi (remarquez-le bien) n'a nullement trait à la syphilis *acquise* de l'enfant; la syphilis acquise de l'enfant, elle ne s'en préoccupe pas, elle la laisse hors de cause. Encore une fois, elle ne vise qu'un seul ordre de faits : ceux où la syphilis de l'enfant est d'*hérédité paternelle*.

Cela bien compris, un mot maintenant sur la désignation assignée à cette loi pathologique.

Cette loi, pour la commodité et la brièveté du langage, il convenait de lui donner un nom. Tout naturellement on a choisi pour elle le nom du médecin qui, croyait-on, l'avait le premier signalée à l'attention, à savoir celui d'Abraham Colles, médecin irlandais, auteur d'un livre estimé sur les maladies vénériennes[1]. On l'a donc appelée *Loi de Colles*. C'est sous ce nom que vous la trouverez

1. *Practical observations on the Venereal Diseases and on the use of Mercury*, Londres, 1837.

désignée dans les livres contemporains; c'est sous ce nom qu'elle a été déjà maintes et maintes fois énoncée et discutée dans diverses monographies.

Mais plus tard — trop tard — on s'est aperçu qu'on avait fait dire à Colles plus qu'il n'avait sûrement dit et autre chose que ce qu'il avait eu en vue. Produire devant vous témoignages et pièces à l'appui de ce que j'avance serait aborder une discussion historique qui ne serait pas ici à sa place. Je ne puis que vous renvoyer sur ce point à une très intéressante dissertation de mon ancien chef de clinique et ami le docteur Morel-Lavallée[1], et, d'une façon toute sommaire, je me bornerai à vous dire ceci : De l'examen des textes il résulte en toute évidence que Colles n'a jamais eu la conception qu'on lui a attribuée. Telle que nous l'avons formulée, telle qu'on la comprend aujourd'hui, la prétendue loi de Colles n'appartient pas à Colles, mais bien à un autre médecin, Baumès. C'est Baumès, chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon, qui, dans son *Précis sur les maladies vénériennes* publié en 1840, paraît avoir le premier formulé la loi en question, et cela dans des termes qui ne laissent

1. Morel-Lavallée. *Affaire Colles-Baumès, Action en revendication de propriété*, Union médic., t X, 1889, p. 410 et 790.

P. Diday et Doyon. *Une enquête sur la paternité*, même journal, 1889, p. 577.

Voir aussi : G. Behrend, Berliner Klinische Wochenschrift, 1881 ; — et Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1882, p. 285, et 1883, p. 71.

P. Diday et Doyon. *La lettre et l'esprit de la loi de Colles*, Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1883, p. 79.

aucune place à l'équivoque. Vous allez en juger :

« ... Cela, dit-il (à propos d'un cas clinique « afférent au sujet que nous discutons actuellement), « est d'accord avec ce fait d'observation qu'une « mère, ayant porté dans son sein un enfant syphi- « litique qui doit l'infection au sperme de son père, « ne contracte pas généralement, en nourrissant « son propre enfant, la maladie syphilitique, comme « pourrait la contracter une nourrice étrangère[1]. » (p. 180.)

Il n'est jamais trop tard pour reconnaître une erreur, moins encore pour réparer un préjudice. Donc, rendons à César ce qui appartient à César ; et, si nous voulons donner à la loi en question le patronage d'un nom propre, appliquons-lui le nom de son auteur, en l'appelant LOI DE BAUMÈS. Ce ne sera, je crois, que stricte justice.

XXII

Ainsi donc, voici le fait : une femme saine peut braver impunément la vérole de son enfant, voire en pleine explosion d'accidents syphilitiques, pourvu

1. « Et il n'y a pas lieu de s'en étonner, ajoute le même auteur. Car, dès le commencement de la gestation, le sang de la mère et celui de l'enfant sont confondus, ils n'en font pour ainsi dire qu'un ; et si, de cette confusion, de cette union, devait résulter quelque inconvénient pour la mère, les symptômes n'attendraient pas l'époque de l'allaitement pour se manifester. »

que cette vérole dérive par hérédité du père de l'enfant.

Eh bien, ce fait établi, essayons maintenant de l'interpréter, essayons de lui trouver (si cela est possible) une explication.

En vertu de quelle condition spéciale une mère, exposée de la sorte à un pareil danger, reste-t-elle indemne, alors que toute autre femme, alors que n'importe qui subirait presque fatalement à sa place la contamination syphilitique? Quel peut être le pourquoi, le comment de cette extraordinaire immunité?

Tout d'abord, aurions-nous à supposer que, si cette mère échappe à la contagion, elle y échappe en vertu d'une *idiosyncrasie* toute personnelle? Non, bien évidemment. Car, s'il existe des sujets réfractaires à la vérole (ce qui se dit, mais ce qui est loin d'avoir jamais été scientifiquement démontré), ce n'est là qu'un fait individuel, ce n'est là qu'une exception rarissime. Il serait absolument illogique de faire appel à une soi-disant idiosyncrasie pour tenter d'interpréter des faits d'observation commune et courante. Passons donc sur cette hypothèse sans nous y arrêter, et cherchons quelque chose de plus sérieux.

Eh bien, il n'est pas à méditer longtemps pour se trouver en face d'une seconde hypothèse, qui, elle, se présente avec des apparences bien autrement rationnelles que la précédente; — hypothèse

même, dirai-je, toute naturelle, qui s'impose *a priori*, et que déjà, j'en suis sûr, vous agitez en vos esprits.

Cette hypothèse est la suivante :

Cette mère ne résiste à la syphilis de son enfant que *parce qu'elle est elle-même syphilitique*.

Et, en effet, il n'est vraiment qu'une seule façon de résister à la syphilis, c'est de l'avoir.

Cette dernière proposition ressort à la fois et de la clinique, qui apprend que la syphilis ne se double jamais, et de l'expérimentation qui nous montre les inoculations de virus syphilitique restant invariablement stériles sur les sujets syphilitiques.

Il n'est pas d'exagération à affirmer que la syphilis a été inoculée des milliers de fois à des sujets syphilitiques, et toujours en pure perte ; jamais une inoculation syphilitique « ne prend », comme on dit en langage technique, sur un sujet préalablement infecté de syphilis. C'est là, vous le savez, une expérience que nous répétons ici couramment, et cela parce qu'elle est absolument inoffensive, non moins d'ailleurs que démonstrative pour le diagnostic différentiel de certaines lésions[1].

1. C'est ainsi, par exemple, que le diagnostic du *chancre simple* et de la *syphilide ulcéreuse chancriforme* ne peut souvent être établi que par l'auto-inoculation. Avec le chancre simple, l'auto-inoculation reproduit invariablement un chancre simple ; — tandis que le pus de la syphilide ulcéreuse répond toujours négativement à l'inoculation. Inoculation « positive » dans le premier cas ; inoculation « négative » dans le second, voilà une double donnée dont le diagnostic, en maintes occasions, tire le plus utile profit.

Donc, rationnellement, il y a tout lieu d'inférer de là que l'immunité qui nous étonne tant chez cette mère, incessamment exposée à recevoir la contagion de son enfant, ne tient qu'à un seul motif, à savoir : que cette mère est elle-même syphilitique. Voilà une induction absolument légitime et scientifique.

Oui. Mais d'une induction à une démonstration il y a loin. Et, ce qu'il faudrait, ce serait de démontrer que cette femme est syphilitique. Or, comment le démontrer ?

Ah ! sans doute, nous aurions un excellent moyen de transformer cette simple induction en une démonstration péremptoire. Ce serait de tenter une expérience sur cette femme ; ce serait de lui inoculer du pus syphilitique. Car, de la sorte, on trancherait net la question, on saurait du coup à quoi s'en tenir.

De deux choses l'une, en effet :

1° Ou bien cette inoculation resterait stérile, ne produirait rien. Ce qui équivaudrait à la démonstration de la syphilis chez cette femme ; ce qui voudrait dire ceci, en l'espèce : Cette femme est syphilitique, et elle ne résiste à la contagion que parce que, d'une façon ou d'une autre, elle est en puissance de syphilis.

2° Ou bien cette inoculation aurait pour résultat de développer la syphilis chez cette femme. — Et alors on serait fixé dans un sens différent ; on serait autorisé à conclure de là, en toute sûreté, qu'il existe

une immunité réelle, indéniable, de la mère vis-à-vis de la syphilis de son enfant, quelque inexplicable que puisse être cette immunité.

Raisonnement parfait, excellente expérience, n'était la morale qui intervient alors (ai-je besoin de le dire?) pour réprouver au préalable un tel procédé de recherches scientifiques. Jugez, en effet, quelle serait la situation d'un médecin qui, sous prétexte de juger une question scientifique, aboutirait à ceci : conférer la vérole à une femme saine! Quelle responsabilité, quels regrets, quels remords!

Et cependant cette expérience a été faite. Je me garderai de juger ce que j'ignore, à savoir les sentiments des médecins qui se sont crus autorisés à tenter une telle chose, et les mobiles particuliers, sans doute fort légitimes, qui ont déterminé leur résolution. Ils ont estimé, sur tels ou tels considérants, pouvoir instituer l'expérience, et ils l'ont instituée; c'est leur affaire, et non la nôtre. En tout cas, et sans nous préoccuper du côté déontologique de la question, profitons de leurs résultats; c'est là seulement ce qui nous intéresse pour l'instant.

Or, voici, d'abord, un fait relaté par le docteur Caspary.

Un homme de quarante ans, marié et ayant eu déjà des enfants sains, contracte la syphilis en 1872. Instruite, dès le début, de l'état de son mari, sa femme évite tout rapprochement jusqu'à l'époque où l'on juge ledit conjoint inoffensif et guéri. —

Elle est observée alors avec le plus grand soin, et ne présente jamais le moindre accident suspect. — En octobre 1874, elle devient enceinte et avorte à six mois. — On croit découvrir des gommes dans le placenta.

Dans ces conditions, voulant juger si cette femme était syphilitique ou non, en vue de déterminer s'il y avait lieu ou non de lui prescrire un traitement spécifique, le docteur Caspary (avec le consentement de sa cliente) se résout à essayer une inoculation. Il recueille le produit de sécrétion de plaques muqueuses sur un homme syphilitique qui n'avait encore subi aucun traitement, et l'inocule à cette femme sur le bras gauche.

Résultat nul, absolument nul. — L'inoculation reste stérile; et rien ne se produit ultérieurement[1].

Second fait, dû à Neumann.

Une jeune femme, saine jusqu'alors, accouche d'un enfant syphilitique, lequel est affecté, entre autres lésions, de plaques muqueuses des lèvres. Elle allaite cet enfant, sans qu'il en résulte pour elle aucun dommage.

Et cependant (remarquez ceci) les lésions de l'enfant étaient d'ordre absolument contagieux; car cet enfant, à cette époque même, *infecta sa grand'mère maternelle*, qui, pour soulager sa fille, gardait souvent le bébé et faisait ce que font toutes les grand'mères, c'est-à-dire le couvrait de caresses, en

1. Vierteljahresschrift für Dermatologie. 1875. — Analyse dans la *Revue des Sciences médicales*, par Hayem, 1877, t. IX, p. 231.

l'embrassant aussi bien sur la bouche que sur les autres parties du visage. Or, cette femme contracta de la sorte de son petit-fils un chancre induré de la lèvre, bientôt suivi d'un exanthème spécifique.

Et la mère cependant restait toujours saine!

C'est alors que Neumann entreprit sur elle une série d'expériences. Il l'inocula non pas une fois, mais *seize fois*, dans l'espace d'un mois; et il l'inocula sur différentes parties du corps, tantôt avec l'exsudat d'un chancre syphilitique, tantôt avec le produit sécrété par des papules secondaires. Or, ces inoculations multiples demeurèrent *toutes stériles*. La jeune femme fut gardée près de six mois en observation (171 jours exactement), et jamais il ne fut possible de constater sur elle le moindre signe d'une infection syphilitique[1].

Voilà, je crois, deux faits probants, dont le dernier surtout (par ses inoculations singulièrement multiples) est de nature à satisfaire toutes les exigences.

En conséquence, la question est jugée, et c'est en toute assurance que nous pouvons dire ceci :

Oui, incontestablement oui, les mères qui, d'une façon invariable, résistent à la contagion syphilitique pouvant dériver de leur enfant, sont des femmes *syphilitiques*. Et, si ces femmes ne reçoivent pas la syphilis de leur enfant, c'est tout sim-

1. Observ. reproduite dans les *Annales de Dermat. et de Syphil.*, 1885.

plement parce qu'elles sont déjà en état de syphilis.

Elles ne la reçoivent pas, elles ne peuvent la recevoir de leur enfant, pas plus qu'un sujet syphilitique ne reçoit, ne peut recevoir une nouvelle syphilis d'une inoculation qui lui est faite avec une sécrétion syphilitique quelconque; — et cela, je le répète encore, parce que la syphilis ne se double pas sur un même sujet, parce qu'on n'a pas deux fois la vérole.

Ah! alors, avec la connaissance de ce fait, c'est-à-dire avec la démonstration d'un état syphilitique chez ces mères en apparence saines et en apparence réfractaires à la contagion syphilitique, voyez comme tout se simplifie à l'instant, comme tout devient clair et rentre dans la règle.

Tout à l'heure, alors que nous ignorions si les femmes en question étaient syphilitiques, alors que nous n'avions aucune preuve pour les juger telles, et que, bien au contraire, toutes les présomptions nous conduisaient à les considérer comme saines, nous étions forcés de rompre avec l'ordre des faits connus et de supposer quelque anomalie mystérieuse aux lois communes, pour trouver une raison à cette extraordinaire immunité de la mère vis-à-vis de son enfant.

Tandis qu'à présent, avec la notion de la syphilis chez ces femmes d'apparence saine, voici que l'exception, la prétendue exception rentre dans la règle, et que le fait extraordinaire qui nous tenait en échec devient simplement un cas particulier

d'une grande loi générale, d'une loi qui domine toute l'histoire de la syphilis, à savoir la *loi d'unicité* de la syphilis, la loi d'après laquelle la syphilis ne se double pas dans l'organisme humain.

Il n'y a donc plus là de mystère; il n'y a donc plus d'exception; il n'y a donc plus de loi de Baumès; il n'y a qu'un fait d'ordre commun.

Résumons-nous et disons :

I. — *Une femme, mère d'un enfant qui a reçu héréditairement la syphilis de son père, n'a rien à redouter de cet enfant comme contamination syphilitique.*

II. — *Et elle n'a rien à redouter de lui pour la simple raison qu'elle-même est en puissance de syphilis, et, conséquemment, non susceptible de recevoir la syphilis à nouveau.*

Voilà, messieurs, le problème résolu quant à l'un de ses points, et quant au principal, à celui d'où dérivent des enseignements pratiques que nous aurons bientôt à relever. Mais, à côté de celui-ci, que d'autres vont surgir actuellement! Qu'est-ce donc, en effet, que cette *syphilis latente*, dont nous venons de constater expérimentalement l'existence chez les mères d'enfants héréditairement infectés de syphilis par leur père? Est-ce la syphilis d'ordre commun, ou une syphilis d'ordre spécial?

Quelle sera l'évolution de cette syphilis? Quelles pourront en être les conséquences? etc., etc. Autant de questions nouvelles qui vont maintenant s'imposer à notre examen.

XXIII

La première de ces questions, celle que logiquement nous devons essayer de résoudre tout d'abord, est relative à la provenance de la syphilis chez la femme infectée de la façon que nous venons de dire.

De qui cette femme tient-elle sa syphilis?

Diverses hypothèses se présentent à ce propos. Voyons quelle créance il convient d'accorder à chacune d'elles.

I. — En premier lieu, serait-il à supposer que cette femme pût devoir son état de syphilis soit à un état hérédo-syphilitique, soit à une infection accidentelle ou autre contractée dans l'enfance ou la jeunesse?

Certes, cette hypothèse n'a rien d'inadmissible en soi. Mais notez qu'elle nous place sur le terrain des exceptions. Or, ce n'est pas par des exceptions qu'on explique un fait courant. Qu'une telle interprétation puisse à la rigueur être produite dans un cas isolé, particulier, soit! Mais elle ne saurait être applicable à tous les cas, et ces cas, je le répète,

sont d'observation presque journalière. D'ailleurs, que je sache, dans aucune des observations de ce genre relatées dans la science, non plus que dans aucune de celles que j'ai recueillies, ne se trouve mentionné le moindre symptôme, la moindre particularité propre à éveiller un tel soupçon sur l'origine de la syphilis. — Donc, inutile d'insister sur ce point.

II. — Sommes-nous plus autorisés à supposer que, si cette femme est syphilitique, c'est qu'elle a contracté la syphilis depuis son mariage, et que cette syphilis serait passée inaperçue?

Cela serait, à coup sûr, plus admissible. Disons même que le fait a certainement dû se produire quelquefois.

Mais, d'une façon générale, cette hypothèse ne saurait encore nous satisfaire, et voici pourquoi. D'une part, elle ne saurait manifestement expliquer tous les cas. Je veux bien, en effet, que la syphilis ait pu rester inaperçue une fois ou plusieurs fois; mais qu'elle soit restée inaperçue dans les centaines de cas semblables que l'on a déjà cités, voilà ce que personne ne pourra jamais consentir à admettre. — D'autre part, il est un grand nombre de ces cas où, bien sûrement, la syphilis contractée dans le mariage n'aurait pu échapper à la vigilance soit de médecins connaissant les antécédents du mari et invités par ce dernier à surveiller la santé de sa femme, soit de maris médecins, se sachant

syphilitiques, redoutant les dangers encourus par leur femme et épiant sur elle l'apparition du moindre symptôme suspect.

Donc, cette seconde interprétation n'est pas plus recevable que la précédente.

III. — Mais alors, si cette femme n'était pas syphilitique avant son mariage et si, depuis son mariage, elle n'a pas reçu la syphilis par contagion, nous voici naturellement et forcément amenés à la dernière supposition possible, à savoir : qu'elle tient la syphilis de son enfant.

Eh bien, telle est, je crois, la seule interprétation à laquelle nous puissions nous rattacher, et cela pour les deux raisons suivantes :

D'abord, parce que cette interprétation est en quelque sorte forcée, parce qu'elle s'impose, après exclusion légitime de toute autre. Puisque la syphilis de cette femme ne dérive d'aucune des origines que nous venons d'éliminer tour à tour, il faut bien de toute nécessité qu'elle procède de l'enfant, lequel reste, en définitive, le seul agent qui ait pu lui communiquer l'infection.

En second lieu, cette interprétation est absolument rationnelle et scientifique. Et, en effet, puisque la syphilis (cela est établi par ce qui précède) se transmet par la voie placentaire, il n'est rien que de très naturel, de très simple, à ce que cette femme ait subi ce mode d'infection, c'est-à-dire à ce qu'elle ait reçu la syphilis de son enfant.

Logiquement, donc, cette conclusion s'impose; et nous terminerons en disant :

La mère qui semble réfractaire à la syphilis de son enfant n'y résiste en réalité qu'en raison de l'infection qu'elle a reçue de cet enfant in utero.

XXIV

SYPHILIS CONCEPTIONNELLE LATENTE

Seconde question. — S'il est démontré que, dans les conditions susdites, la femme qui reste réfractaire à la syphilis de son enfant est en puissance de syphilis, qu'est-ce donc que cette syphilis étrange dont elle est affectée? Qu'est-ce donc que cette syphilis *muette, silencieuse*, qui ne se traduit sur cette femme par aucun symptôme, et dont témoigne seule sa résistance à la contagion?

Eh bien, à cette question, nous ne pouvons répondre autrement que par une affirmation du fait. Car, si nous connaissons le fait, si nous le constatons, s'il existe pour nous à l'état d'une vérité cliniquement et expérimentalement démontrée, nous n'en savons rien de plus. Nous voyons les choses, mais le pourquoi et le comment de ces choses nous échappe absolument.

Ah! oui, c'est là, à coup sûr, une syphilis étrange; disons même mieux — et le mot n'aura rien d'exa-

géré — c'est là une syphilis *extraordinaire*. Extraordinaire, par cela même qu'elle reste latente, « imperceptible », suivant l'expression de M. Diday, extraordinaire parce qu'elle ne s'accuse par rien d'extérieur, non plus que par aucun trouble, aucune souffrance, aucune perturbation physiologique appréciable. Or, en l'espèce, c'est là plus qu'une anomalie, plus qu'une singularité, plus qu'une exception ; c'est là quelque chose de tout particulier; c'est là une modalité pathologique, une façon d'être pour la syphilis absolument différente des divers types usuels, courants, sous lesquels nous sommes habitués à l'observer ; c'est là, en définitive, un type nouveau — nouvellement remarqué tout au moins — sous lequel la maladie s'impose à nous.

Eh bien, que voulez-vous ? Nous ne sommes que des observateurs, et notre rôle est d'enregistrer les faits cliniques au fur et à mesure qu'ils se présentent, et surtout de les enregistrer tels que nous les voyons, tels qu'ils sont, sans chercher à en altérer ni la forme, ni la signification, au gré d'idées personnelles ou préconçues, au gré de théories antérieures, de systèmes préexistants.

Certes, cela peut nous choquer au premier abord d'être conduits à admettre une sorte de syphilis muette, une syphilis sans symptômes, et surtout sans symptômes immédiats; cela blesse nos convictions; cela constitue une révolution dans les idées reçues. Eh bien, tant pis pour les idées reçues, voilà tout. Si elles ne représentaient qu'une

doctrine étroite et incomplète, nous n'avons pas à les regretter ni à prendre parti pour elles au nom de ce qu'on pourrait légitimement appeler la routine. Si elles ne représentaient qu'une part de la vérité et non la vérité tout entière, il est bon qu'elles s'élargissent pour faire place à des idées nouvelles, à des aperçus nouveaux, sous la condition toutefois que ces choses nouvelles se présentent avec la garantie et l'authenticité de faits scientifiquement démontrés.

Or, pour préciser, voici l'état de la question.

Jusqu'à ce jour nous ne connaissions, nous n'étions accoutumés à considérer la syphilis qu'au titre d'une disposition morbide en activité, en expansion, en explosion, passez-moi cette façon de dire; nous n'admettions qu'une syphilis traduisant sa présence dans l'organisme et surtout sa prise de possession de l'organisme par des symptômes habituellement multiples, remarquablement multiples même dans la plupart des cas, non moins que divers comme formes pathologiques et comme localisations. Nous n'acceptions la syphilis, pour mieux spécifier encore, que sous les deux types suivants :

1° La *syphilis de contagion*, ou *syphilis complète*, reconnaissant le chancre comme accident de début, comme exorde, puis, quelques semaines après le chancre, prenant son expansion sous forme d'accidents généralisés, toujours nettement et trop

nettement appréciables. — C'est là, inutile de le dire, la syphilis usuelle ou courante, celle que nous rencontrons dans l'énorme majorité des cas.

2° La *syphilis incomplète* ou décapitée, s'épanouissant d'emblée, sans étape primaire, par des accidents généraux, accidents d'ailleurs non moins divers, non moins évidents et non moins appréciables que ceux du type précédent. — Sous ce second chef viennent se ranger, d'une part, la syphilis héréditaire, et, d'autre part, la syphilis par conception, telle que je vous l'ai décrite dans ce qui précède.

Nous connaissions, nous acceptions ces deux types de syphilis; mais nous n'en connaissions et nous n'en admettions pas d'autre. Nous nous serions refusés à admettre, faute de preuves, un type de syphilis pouvant exister sans symptômes, une syphilis *latente*, ne se révélant, ne se trahissant par aucune manifestation.

Eh bien, les choses ont marché, l'observation s'est étendue, et force nous est aujourd'hui de suivre le mouvement en disant :

Oui, incontestablement oui, à côté et indépendamment des deux types de syphilis admis jusqu'alors, il en est un autre, il en est un troisième, très différent des deux premiers, lequel consiste purement et simplement en ceci :

Une IMPRÉGNATION SYPHILITIQUE DE L'ORGANISME SANS SYMPTÔMES APPARENTS.

Ce type nous est offert par l'état de ces femmes qui, ayant porté dans leur sein un enfant procréé

syphilitique par un père syphilitique, deviennent de ce chef syphilitiques, mais sans présenter de symptômes appréciables de syphilis.

Chez ces femmes, l'imprégnation syphilitique est nettement démontrée par un double témoignage, à savoir :

1° Parce qu'elles restent réfractaires à la contagiosité des accidents spécifiques présentés par leur enfant, accidents qui (nous en avons la preuve) contamineraient à coup sûr toute autre nourrice saine, toute personne saine autre que la mère de cet enfant ;

2° Parce que toute inoculation syphilitique pratiquée sur elles, toute tentative faite en vue de leur conférer la vérole, reste stérile.

Donc ces femmes sont syphilitiques. Mais elles le sont — chose extraordinaire, ou du moins extraordinaire par rapport aux idées reçues — elles le sont, dis-je, comme si elles ne l'étaient pas ; elles le sont, en quelque sorte, *à l'état platonique*. Impossible, cliniquement, de les différencier d'une femme saine.

En conséquence, il s'agit bien là d'une modalité d'infection syphilitique *sui generis*. Ce type, nous l'avions méconnu jusqu'à ces derniers temps ; admettons-le désormais, car il est authentique, car il a fait ses preuves, et nous serions mal venus à le récuser.

Au total, donc, il résulte de toutes les discus-

sions qui précèdent qu'indépendamment des deux types usuels et classiques de syphilis il en existe sûrement un troisième consistant en ceci : une *imprégnation syphilitique latente de l'organisme, se produisant chez les femmes qui ont conçu un enfant syphilitique d'un homme syphilitique, et dérivant sans nul doute pour elles de la syphilis de cet enfant.*

En un mot, disons qu'il existe ce qu'on peut appeler une SYPHILIS CONCEPTIONNELLE LATENTE.

Cela établi, ai-je besoin d'ajouter qu'il nous est interdit — quant à présent du moins — de pénétrer plus avant dans l'histoire de cette syphilis conceptionnelle latente ?

Quel est l'avenir de cette syphilis spéciale ? Quelles en sont les conséquences possibles pour la malade ? Quelles pourraient en être les conséquences héréditaires, alors qu'une femme ainsi affectée viendrait, je suppose, à concevoir un enfant d'un homme sain ? Telles sont les questions (sans parler de bien d'autres encore) qu'il serait essentiellement curieux de pouvoir discuter, approfondir et résoudre. Mais nous sommes loin d'être en état d'aborder de pareils problèmes. C'est qu'en effet il s'agit ici d'un sujet absolument jeune, dont l'étude est à peine ébauchée. Nous marchons sur un terrain en friche, où quelques jalons seulement commencent à être posés.

J'ai à cœur cependant de poursuivre cette étude,

et je vais essayer de la poursuivre. Mais soyez avertis qu'à dater de ce moment nous quittons les régions des vérités acquises et démontrées. Soyez avertis que, dans tout ce qui va suivre, j'aurai bien moins souvent à formuler des solutions qu'à poser des problèmes.

N'importe. Il y a souvent avantage à faire le bilan de ses connaissances pour se rendre compte de ce qu'on ne sait pas ; il y a souvent avantage à soulever des questions auxquelles il est impossible pour l'instant de répondre, ne serait-ce que pour se tracer un plan d'études et pour indiquer aux chercheurs la direction, le sillon où il conviendra qu'ils ouvrent la tranchée.

Une première question se présente.

Quel est l'avenir de cette syphilis conceptionnelle originairement latente ? Sera-ce une syphilis seulement latente *à temps*, pour une période quelconque, ou bien une syphilis indéfiniment latente, latente *à perpétuité ?*

Certes, nous connaissons cette syphilis à ses origines ; et, pour l'avoir observée des centaines de fois à ce terme, nous sommes en mesure d'affirmer qu'elle reste bel et bien latente, absolument latente, au cours de ses premières années, c'est-à-dire durant toute cette étape qui représente par excellence la phase d'activité et d'effervescence de la maladie, la phase où les manifestations morbides, multiples et extérieures, risquent le moins de rester inaperçues.

Sur ce point les observations abondent et déposent toutes en le même sens. De par elles, il est certain, absolument certain, que quantité de femmes, mères d'enfants syphilitiques, n'ont jamais présenté le moindre phénomène suspect au cours des *premières années* de l'infection, et cela alors que ces femmes étaient, pour la plupart, attentivement surveillées par leurs médecins relativement à la syphilis qu'on avait tout lieu de redouter pour elles. Voilà un fait acquis en ce qui concerne les premières années de la diathèse.

Mais au delà ?— Au delà, les malades sont généralement perdues de vue dans la pratique ou cessent d'être surveillées, parce que tout naturellement la défiance, les appréhensions des premiers temps ont fait place à une sécurité complète.

Cependant, nous possédons encore un bon stock d'observations desquelles il résulte que des mères d'enfants syphilitiques sont restées saines, absolument saines, 6 ans, 8 ans, 10 ans, 15 ans après leur accouchement. — Quelque sexemples :

G. Behrend a relaté le cas d'une femme qui, après avoir fait sept fausses couches et avoir donné naissance à trois enfants syphilitiques, n'en était pas moins restée indemne de tout symptôme suspect pendant une durée de *quinze ans*[1].

Les Drs Morel-Lavallée et Hudelo ont publié un cas où une femme était encore saine 14 ans

1. G. Behrend, Berlin. Klin. Wochenschrift, 1881.

après la naissance de deux enfants syphilitiques[1].

Un cas du Dr Meneault, recueilli ici-même, nous montre une femme restée indemne pendant quinze années, après six grossesses qui s'étaient terminées de la façon suivante : deux par fausses couches; — deux par naissance d'enfants qui moururent rapidement; — deux par naissance d'enfants syphilitiques[2].

Pour ma part, je trouve dans mes notes de ville un assez grand nombre de cas semblables, où des femmes, après avoir donné le jour à des enfants syphilitiques, n'ont jamais présenté rien de suspect, et cela pour des laps de temps plus ou moins longs, à savoir de 10 à 15 et 18 ans.

Donc, en somme, nous possédons d'ores et déjà un nombre suffisant d'observations pour être en droit de dire que l'immunité des premières années peut se prolonger un temps considérable.

Mais cette immunité peut-elle aller plus loin, et surtout (ce que nous aurions besoin de savoir pour une grande question qui va s'imposer à nous tout à l'heure) peut-elle être indéfinie ; constitue-t-elle une *immunité à vie*, une sorte de *vaccination persistante ?* Cela, nous l'ignorons ; et nous l'ignorons par disette d'observations. — Rien de plus à en dire.

Ici donc est une lacune; lacune bien difficile à combler sans doute, puisque le fait dont il s'agit n'est démontrable que par une surveillance indéfi-

1. V. Riocreux. Thèse citée, p. 62.
2. V. Riocreux. Thèse citée, p. 51.

niment prolongée des malades, s'étendant sur toute une vie, et que des observations de cet ordre, pour n'être pas impossibles à rencontrer, ne seront jamais que des plus rares.

Au total, conséquemment, le bilan de nos connaissances sur ce premier point se résume en ceci :

La syphilis conceptionnelle latente peut être longuement latente, latente pour des périodes plus ou moins considérables de l'existence; — mais il n'est pas démontré qu'elle puisse rester indéfiniment latente.

Et, vraisemblablement, en effet, cet état latent de la maladie n'aurait pas pour essence de rester indéfini, s'il faut ajouter foi à un autre ordre de faits dont je dois maintenant vous parler.

Pour certains médecins, pour Hutchinson[1] par exemple, la syphilis conceptionnelle latente ne se-

1. D'après Hutchinson, la loi de Colles ne saurait trouver d'explication possible que dans l'infection de la mère. Et cependant notre distingué collègue est le premier à reconnaître que très généralement on ne constate pas de signes d'infection chez la mère. Si donc cette femme est syphilitique, dit-il, il faut qu'elle le soit *d'une certaine façon*, suivant un certain mode qui lui permette d'être syphilitique sans manifestations apparentes.

Eh bien, continue-t-il, c'est là ce qui a lieu, vraisemblablement. Il est à croire que la syphilis maternelle dérivant *in utero* d'un fœtus syphilitique est une syphilis d'ordre spécial, une syphilis *mitigée*, tempérée, adoucie, susceptible de ne s'accuser par aucun symptôme extérieur ou bien de rester longtemps latente, voire indéfiniment latente. Par conséquent, cette syphilis peut nous échapper, peut se dérober à toutes nos investigations, alors cependant qu'elle existe et qu'elle a infecté l'organisme maternel assez

rait latente qu'*à temps*, et se traduirait ou pourrait se traduire, à terme éloigné, par des accidents spécifiques d'ordre tertiaire.

En autres termes, l'absence de tout symptôme

profondément pour le rendre réfractaire à une contamination ultérieure.

Comme argument à l'appui de cette hypothèse, Hutchinson rappelle que les maladies virulentes affectent une évolution et une gravité très différentes suivant leur *mode de pénétration* dans l'économie. Voyez, dit-il, le virus varioleux. Introduit dans l'organisme par voie d'inoculation, il ne détermine qu'une affection relativement légère, laquelle n'aboutit à la mort qu'une fois sur cinq cents. Absorbé au contraire par inhalation, il produit une maladie très grave, qui devient mortelle une fois sur quatre. Appliquez cela à la syphilis, et vous comprendrez facilement qu'une syphilis dérivant d'une contamination par le sang fœtal (*fœtal blood contamination*) puisse différer absolument, comme évolution de symptômes et comme gravité, de la syphilis dérivant d'une inoculation tégumentaire.

Développant l'exposé de sa théorie, Hutchinson admet la possibilité de trois ordres de cas dans la syphilis par conception, à savoir :

« 1° Un premier groupe, où la diathèse s'accuse par les symptômes habituels de la période secondaire. Ce ne serait là que l'exception ; et même il est à croire, d'après l'auteur, que les cas de ce genre dériveraient bien plutôt d'une syphilis par contagion ordinaire que d'une syphilis par conception.

2° Un second groupe, où l'infection se caractérise par des symptômes spécifiques, mais d'ordre léger, de forme essentiellement bénigne : état maladif pendant la grossesse, chute des cheveux, et plus tard, « des mois ou des années plus tard », ulcérations de la langue, taches palmaires, gommes du tissu cellulaire.

« 3° Un troisième groupe (celui-ci comprenant pour le moins la moitié des cas), où la maladie ne se traduit par *aucun symptôme*, par *aucun trouble de la santé*. — Cette absence de tout symptôme pendant les premières années n'exclut pas la possibilité d'accidents tertiaires dans un avenir plus ou moins distant. Mais, le plus souvent, rien ne se produit, et la femme syphilitique infectée de la sorte reste en général indemne de toute manifestation spécifique

spécifique au cours des premières années serait indéniable, irrécusable, mais n'exclurait pas la possibilité de l'apparition d'accidents tertiaires dans un avenir lointain. Et, en effet, on a cité un certain nombre de faits calqués sur le schéma suivant :

Femme mariée à un homme syphilitique et accouchant d'un enfant syphilitique; — restant saine néanmoins soit avant, soit après l'accouchement; — restant encore indemne de tout accident spécifique pendant plusieurs années au delà; — puis venant à être affectée subitement de telle ou telle lésion de caractère indubitablement syphilitique.

Tel est, par exemple, un cas de mon regretté confrère et ami le D[r] Charrier, cas se résumant en ceci :

Une jeune fille est mariée à un homme qui, quatre mois avant le jour de ses noces, avait été affecté d'un chancre induré, suivi de manifestations secondaires, et qui était encore atteint d'accidents secondaires au moment précis où il féconda sa femme. — Celle-ci accouche d'un enfant qui, dès le quinzième jour de sa naissance, commence à présenter des manifestations non douteuses de syphilis. — Elle allaite cet enfant pendant quatorze mois. — Or, très attentivement surveillée par le D[r] Charrier (qui, adversaire déclaré de l'hérédité

pendant toute son existence. » *On Colles law, and on the communication of syphilis from the fœtus to its mother.* (Medical Times and Gazette, déc. 1876, p. 643.)

V. aussi P. Diday. *Les Syphilis imperceptibles*, Le Péril vénérien dans les familles, p. 198.

syphilitique paternelle, voyait là un échec à ses croyances et devait naturellement épier sur sa cliente le moindre vestige d'infection), cette dame continua à rester saine. Pendant six ans, dit Charrier, il me fut loisible, en ma qualité de médecin de cette famille, d'observer ce qui pouvait se produire sur cette jeune femme. Or rien, absolument rien ne se manifesta sur elle au cours de ces six années.

Puis, tout à coup, la sixième année, il apparut sur le bras de cette femme une tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, laquelle, ferme et dure au début, se ramollit bientôt, s'ouvrit, s'ulcéra, prit les caractères les plus évidents d'une *gomme syphilitique,* et guérit par le traitement ioduré[1].

Deux faits du même ordre, dont il serait inutile de reproduire ici les particularités, ont été observés par M. le Dr Barthélemy. Vous les trouverez insérés dans l'excellente monographie du Dr Riocreux sur l'hérédité syphilitique paternelle[2].

Et que d'autres n'aurais-je pas à citer pour ma part ! Sans parler même de cette foule de cas que nous observons à l'hôpital sur des femmes qui entrent dans nos services pour des accidents tertiaires quelconques et chez lesquelles, en l'absence de tout

1. On trouvera cette observation relatée *in extenso* dans mon livre sur *Syphilis et mariage*, Pièces justificatives, note VII, p. 399.

2. Thèse citée, p. 107.

M. le Dr Barthélemy dit avoir observé un troisième cas de même ordre, « où la réalité de l'infection a été rendue irréfragable par l'évolution caractéristique d'une gomme ».— V. *De la syphilis conceptionnelle latente ou fruste*, Congrès international de dermat. et de syphiligr., 1890, p. 268.

signe de syphilis acquise, nous ne trouvons pour tout antécédent que ceci : des fausses couches, des naissances d'enfants morts ou d'enfants syphilitiques.

Si, donc, il convenait d'attribuer à tous ces faits une authenticité indéniable, nous serions conduits à cette conclusion : que la syphilis conceptionnelle latente peut n'être, n'est même sûrement en certains cas, qu'une syphilis *à manifestations tardives.*

Et alors, de même qu'il existe pour l'enfant une hérédité syphilitique qui ne se manifeste que dans un âge plus ou moins avancé (par exemple à 6, 10, 15, 20, 30 ans) et qui constitue ce qu'on a très légitimement appelé la *syphilis héréditaire tardive*, de même il existerait pour la mère ce qu'on pourrait également appeler, par analogie, une *syphilis conceptionnelle tardive.*

Et puisque nous venons d'ébaucher ce parallèle, complétons-le en disant :

L'infection syphilitique héréditaire reconnaît deux modalités : l'une, qui se traduit par des accidents d'infection immédiate ; c'est la *syphilis héréditaire précoce*, banale, celle qui se manifeste soit *in utero*, soit (plus habituellement) quelques semaines ou quelques mois après la naissance ; — l'autre, qui reste latente à l'origine, latente pour un laps de temps plus ou moins considérable, 10 ans, 15 ans, 20 ans et plus, et qui entre pour la première fois en évolution apparente dans un âge plus

ou moins avancé de la vie; c'est la *syphilis héréditaire tardive*.

Eh bien, de même, il y aurait pour la mère deux modalités d'infection conceptionnelle : l'une, qui se traduirait immédiatement, dès la grossesse, par des accidents manifestes; c'est ce que nous avons décrit sous le nom de *syphilis par conception;* — l'autre, qui reste latente, longtemps latente; qui, en raison même de son état latent, est devenue l'origine de l'illusion décrite sous le nom de loi de Colles ou loi de Baumès, et qui ne se manifeste que plus tard, après de longues années. — Celle-ci, c'est la *syphilis conceptionnelle tardive*.

Telle serait la théorie; — théorie qui repose, vous le voyez, sur une assimilation assez naturelle, voire assez justifiée, dirai-je, et qui semble seule capable d'expliquer les faits de divers ordres observés jusqu'à ce jour. Mais que vaut cette théorie? Déjà, sans aucun doute, vous en avez pressenti le côté vulnérable.

Et, en effet, relativement à la syphilis conceptionnelle tardive, ladite théorie repose sur des faits qui certes prêtent largement le flanc à la critique. « Voici, nous disent les adeptes de cette doctrine, des femmes qui ont été affectées d'accidents tertiaires dix ou quinze ans après un accouchement ou après la naissance d'un enfant syphilitique; et ces accidents, il convient de les rapporter comme origine à une syphilis conceptionnelle restée latente

jusqu'alors ». Or, surgit immédiatement l'objection suivante que déjà, bien sûrement, vous avez formulée à part vous : « De quelles preuves dispose-t-on pour affirmer que la syphilis de ces femmes ne dérive pas d'un autre mode d'infection qu'une infection conceptionnelle ? Est-ce que des faits identiques ne se rencontrent pas à chaque instant en pratique, alors cependant que la possibilité d'une syphilis par conception n'existe même pas, par exemple sur des femmes n'ayant jamais eu de grossesse ? Il y a plus, est-ce que des faits identiques ne s'observent pas chez l'*homme!* En un mot, de quel droit rapporter à une cause spéciale, telle que la syphilis conceptionnelle latente, des faits qu'il serait plus logique et plus sûr de catégoriser dans la grande classe des syphilis à origine méconnue. »

L'objection, il faut bien l'avouer, est topique en l'espèce. N'en dissimulons pas, n'essayons même pas d'en atténuer la valeur. Reconnaissons au contraire qu'elle enlève presque toute signification à la plupart des faits qu'on a produits ou qu'on serait tenté de produire en faveur de la syphilis conceptionnelle tardive ; — et cela parce que, de ces faits, il en est bien peu (à commencer par ceux que j'aurais à citer personnellement) qui ne soient attaquables, bien peu qui soient réellement démonstratifs.

Mais reconnaissons aussi, d'autre part, que cette objection ne préjuge rien contre la doctrine en elle-même. Elle n'aboutit en somme qu'à établir ceci : que la doctrine n'est pas démontrée, qu'elle manque

de preuves, tout au moins en nombre suffisant. Mais elle ne lui oppose aucun argument de fond, aucun fait contradictoire.

Or, vienne un moment où des observations comme celles des D[rs] Charrier et Barthélemy, par exemple, soient réunies en nombre suffisant, et ladite objection n'aura plus raison d'être, et la doctrine de la syphilis conceptionnelle tardive s'imposera d'elle-même à l'opinion.

Ici donc encore — si tant est que cette doctrine soit vraie — une lacune reste à combler dans le bilan de nos connaissances.

XXV

Quoi qu'il en soit de son évolution à terme éloigné, cette syphilis latente des femmes infectées par le fœtus n'en constitue pas moins un fait des plus étranges, voire, je répète le mot, des plus extraordinaires, à ce point qu'on n'en trouverait guère de plus surprenant, je crois, dans toute la pathologie.

Aussi bien ce fait ne pouvait-il manquer de provoquer les méditations, de susciter les interprétations pathogéniques. Impossible, en effet, de rester indifférent en face d'une anomalie pathologique de ce genre; impossible de n'en pas poursuivre la raison, de n'en pas rechercher le pourquoi. Ce pourquoi, vous pressentez bien qu'il reste encore à

découvrir; car, au cas contraire, il y a longtemps que j'aurais satisfait votre curiosité en le plaçant en vedette de cet exposé. Je n'aurai donc, comme interprétation du fait en question, que des hypothèses à vous proposer. Mais n'importe. En matière aussi obscure et aussi difficile, les hypothèses peuvent avoir cela de bon qu'elles ouvrent parfois des horizons qu'on n'eût pas aperçus sans elles, si ce n'est même qu'elles aboutissent parfois à des inductions fécondes. — Voyons, en tout cas, celles qu'on a proposées.

On a dit, d'abord : Cette modalité latente de la maladie doit tenir vraisemblablement au mode de pénétration du virus dans l'organisme. « Car les maladies virulentes affectent une gravité et une évolution très différentes suivant le processus qui les introduit dans l'organisme, suivant qu'elles entrent dans l'organisme de telle ou telle façon. Voyez le virus varioleux : absorbé par inhalation (comme il l'est le plus usuellement), il produit une maladie grave, qui devient mortelle 1 fois sur 4; introduit dans l'économie par voie d'inoculation, il ne détermine qu'une affection relativement légère, laquelle n'aboutit à la mort que 1 fois sur 500[1]. » Et de même pour la vaccine dans l'espèce bovine; de même aussi pour le charbon symptomatique, qui, mortel alors qu'il est introduit par le tissu conjonctif, se transforme en un vaccin alors

1. Hutchinson. Mémoire précité.

que les bactéridies sont injectées dans le sang, etc. Eh bien, appliquez ces données à la syphilis, et vous comprendrez que la syphilis conceptionnelle dérivant du fœtus et dérivant d'une contamination sanguine puisse différer comme formes morbides de la syphilis usuelle, produit d'une contamination virulente tégumentaire.

C'est fort bien, répondrai-je. Mais remarquez que le mode de pénétration n'explique rien en l'espèce. Car il est une syphilis par conception qui s'atteste par des symptômes ultra-manifestes, donc qui n'a rien de latent; et nous ne voyons pas, nous n'avons pas à supposer qu'elle ait un mode de pénétration différent de celui qui préside à la syphilis conceptionnelle *latente*. Dans l'un et l'autre ordre de cas, la contamination doit s'exercer par un même processus, et cependant les résultats sont absolument opposés. — Donc, cette interprétation n'explique rien; il faut y renoncer.

Hypothèse pour hypothèse, je préférerais la suivante, qui, elle du moins, réunit en sa faveur quelques vraisemblances.

Celle-ci interprète les deux formes possibles de la syphilis par conception (que, pour la commodité du langage, vous me permettrez d'appeler la forme commune et la forme *latente*) par une différence dans la *quantité* de virus introduit dans l'organisme. Et voici quels arguments lui servent de base.

De par les expériences de Straus et Chamberland,

il est acquis que les bactéridies charbonneuses peuvent passer (en petite quantité, il est vrai, mais n'importe) à travers le filtre placentaire. On sait, en outre, grâce aux mêmes observateurs, qu'il peut en passer *plus ou moins*, suivant les cas, voire sur les fœtus d'une même portée. On sait, enfin, de par les expériences de Chauveau, que de faibles quantités du principe infectieux peuvent produire une *maladie atténuée*, conférant cependant l'immunité contre des inoculations ultérieures.

Eh bien, dit-on, voilà le secret de ce qui peut se produire dans les cas dont nous discutons la pathogénie.

Supposez que le contage syphilitique (quel qu'il soit d'ailleurs, virus, microbe ou sécrétion microbique) passe en abondance à travers le placenta ; la mère sera infectée, et la forme de syphilis qui se manifestera sur elle sera la syphilis usuelle, celle qui se traduit dès la grossesse par des symptômes spécifiques (syphilis conceptionnelle commune).

Supposez, au contraire, que ce même contage ne passe du fœtus à la mère que d'une façon discrète, qu'il en passe peu, très peu ; la mère sera encore affectée de syphilis, mais elle aura une maladie qui, au lieu d'être la syphilis usuelle, sera une infection syphilitique d'une autre modalité, d'une autre forme, d'une forme qui pourra rester latente tout en conférant à cette femme l'immunité contre des inoculations ou des risques de contagions ultérieures.— Et, dans ce cas, vous aurez ce qui vous étonne tant en

clinique, à savoir : une femme syphilitique sans symptômes de syphilis, et une femme qui, bien qu'indemne en apparence, se montrera absolument réfractaire à la syphilis qu'elle devrait recevoir de son enfant.

Donc, en autres termes, les femmes en état de syphilis conceptionnelle latente sont des femmes qui, tout en ayant reçu du fœtus assez de virus pour être syphilitiques, en ont reçu assez peu pour que la maladie puisse rester latente sur elles, tout en leur conférant l'immunité.

Telle est l'interprétation proposée, telle est l'hypothèse. Et je ne répète qu'avec regret ce dernier mot, car pourquoi faut-il que ce ne soit là qu'une hypothèse ! Avec cette explication pathogénique, en effet, voyez comme toutes les obscurités de la question disparaîtraient aussitôt ; voyez comme toutes choses deviendraient simples, comme serait élucidé d'une façon rationnelle et logique le secret de ces processus mystérieux qui aboutissent, dans la syphilis conceptionnelle, à des formes morbides si différentes. En vérité, on est tellement séduit par cette interprétation qu'on se laisserait volontiers aller à la prendre pour une démonstration acquise. On voudrait qu'il en fût ainsi, et l'on s'imagine qu'il n'en saurait être autrement. Par malheur, force est bien de revenir à la réalité et de s'avouer que cette conception ne repose que sur de simples analogies et des considérations purement théoriques.

Pourquoi faut-il, ajouterai-je encore, que ce ne soit là qu'une hypothèse! Car, si la forme latente de la syphilis par conception résultait en réalité d'une sorte d'infection à petites doses, ne voyez-vous pas qu'elle constituerait *ipso facto* une syphilis tempérée, une syphilis mitigée, et — prononçons enfin le grand mot — une syphilis ATTÉNUÉE? Et, dans ce cas, pourquoi ne pourrait-elle pas fournir un virus atténué, lequel ferait pour la syphilis ce que font pour d'autres maladies les virus atténués, qui se transforment en *vaccins* et confèrent l'immunité contre ces maladies? Enfin, est-ce que nous ne tiendrions pas là, dans cette forme de syphilis atténuée, *le vaccin même de la syphilis?*

L'expérience à instituer pour cette démonstration serait des plus simples et consisterait en ceci :

Recueillir une certaine quantité de sang sur une femme en état de syphilis constitutionnelle latente ;

Inoculer ce sang à un sujet sain ;

Puis, ultérieurement, tenter sur ce même sujet une inoculation probatoire avec un pus syphilitique, tel que celui d'un chancre ou d'une plaque muqueuse.

Et peut-être ainsi la syphilis trouverait-elle son vaccin; — ce qui, à coup sûr, constituerait pour l'humanité un immense bienfait [1].

1. Cette même pensée a été exprimée par M. le Dr Oltramare dans les termes suivants :

«... N'y a-t-il pas lieu de se demander si l'immunité de la femme

Ah ! si les animaux étaient susceptibles de prendre la vérole, si l'on pouvait faire sur eux pour la vérole ce qu'on a fait pour le charbon, le choléra des poules et tant d'autres maladies infectieuses, il y a longtemps que ladite expérience eût été accomplie, et je n'aurais pas été le dernier, je vous le jure, à prendre la lancette. Malheureusement, vous ne le

qui a mis au monde un enfant syphilitique, sans toutefois présenter jamais aucun accident, n'a pas les plus étroites ressemblances avec l'immunité que M. Chauveau confère à l'espèce bovine par l'injection intra-veineuse du vaccin, MM. Arloing et Cornevin par l'introduction directe dans le torrent circulatoire du sang charbonneux ?

« Dans cette hypothèse, l'enfant, jouant le rôle de vaccinateur, déverserait directement dans les vaisseaux de sa mère le sang syphilitique que lui a légué son père, procurant à celle-ci la mystérieuse immunité que Colles a le premier légiférée, et nous montrant le chemin à suivre pour résoudre cette question importante de la vaccination antisyphilitique.

« Analogue à un certain nombre de poisons morbigènes, le virus syphilitique semble surtout se développer dans la lymphe et n'amener l'infection que par sa dissémination dans ce milieu, tandis qu'introduit directement dans le milieu sanguin, il conférerait l'immunité sans amener les accidents secondaires. Nous croyons donc à la possibilité de préserver un individu des atteintes de cette grave maladie, en introduisant directement dans un vaisseau soit du sang d'un syphilitique en pleine éruption secondaire, soit les produits contagieux d'une lésion primitive ou secondaire. » (Lyon médical, 1881, t. XXXVIII, p. 137.)

L'expérience, à coup sûr, serait des plus intéressantes et des plus importantes, surtout comme conséquences pratiques. Mais, au lieu de la pratiquer, comme le propose M. le Dr Oltramare, soit avec des produits contagieux, soit avec du sang dont on connaît également la faculté contagieuse, pourquoi ne pas l'instituer avec le sang d'une femme *en état de syphilis conceptionnelle latente*, c'est-à-dire avec le sang d'une femme ayant acquis déjà l'immunité, d'une femme déjà en état de vaccination antisyphilitique? Le danger à courir pour le sujet qui se prêterait à ladite expérience serait, me semble-t-il, bien moindre, au moins théoriquement.

savez que trop, la vérole reste jusqu'ici le privilège de l'homme, et cette déplorable fatalité qui rend la brute réfractaire à son virus a paralysé et paralyse encore les expérimentateurs.

En sorte, au total, que la conception qui précède, c'est-à-dire l'espérance de tirer un vaccin du sang des femmes en état de syphilis conceptionnelle latente, reste à l'état d'un beau rêve et d'une simple induction théorique, basée elle-même sur une hypothèse.

Mais c'est assez sacrifier à des questions qui risqueraient de nous entraîner loin de notre sujet; hâtons-nous de rentrer dans le domaine de la clinique.

XXVI

Nous venons de voir que l'hérédité paternelle, alors qu'elle se réfléchit sur la mère par l'intermédiaire du fœtus, constitue pour celle-ci deux alternatives possibles.

L'une, c'est la modalité de la syphilis conceptionnelle qui se traduit par les symptômes communs de la syphilis vulgaire, moins la période primaire (chancre et bubon);

L'autre, c'est un état d'infection latente, sans symptômes, au moins sans symptômes actuels; ce que nous avons appelé la syphilis conceptionnelle latente.

Reste, pour en finir avec ce sujet, à rechercher s'il ne pourrait exister pour la femme en question une troisième alternative, à savoir : celle d'une *immunité* complète.

En d'autres termes, une femme, dans ces conditions, peut-elle échapper à l'infection et rester saine, absolument saine, au point d'être susceptible de contracter ultérieurement la syphilis?

Eh bien, oui, cette troisième alternative serait possible, dit-on ; car elle ressortirait d'un certain nombre de cas constituant ce qu'on a déjà appelé « les exceptions à la loi de Baumès », loi que je n'ai plus à vous rappeler. Or, tous ces cas (une demi-douzaine environ[1]) sont à peu près calqués sur le schéma que voici :

1. Cas cités notamment par MM. Scarenzio, Ranke, P. Pellizzari, Zingalès, Violi, etc.

Je relaterai sommairement l'un d'eux comme spécimen : « Un homme syphilitique depuis onze ans (mais n'ayant présenté aucun symptôme syphilitique depuis neuf ans) contracte mariage. — Un an plus tard, sa femme met au monde un enfant syphilitique. — Deux ans après, naissance d'un second enfant, également syphilitique, et atteint de lésions buccales.— La mère allaite cet enfant et contracte de lui, sur le mamelon gauche, un chancre syphilitique, bientôt suivi de roséole. — Il est expressément noté que, pendant l'allaitement de ce dernier enfant, la mère n'avait donné le sein à aucun autre nourrisson. » (Ranke).

M. le Dr Guibout a cité un cas bien plus extraordinaire, relatif à une femme qui, « ayant mis au monde un enfant syphilitique sans « avoir été elle-même atteinte de la contagion, allaita cet enfant « et contracta de lui *quatre chancres*, *dont un induré*, diagnostiqué « par M. Fournier lui-même. Ces quatre chancres siégeaient tous « autour du mamelon du sein gauche. » — (*Nouvelles leçons cliniques sur les maladies de la peau*, 1879, p. 154). Il faut qu'une erreur matérielle se soit glissée dans la rédaction de M. Guibout,

Femme saine, mariée à un homme syphilitique ; — accouchant d'un enfant syphilitique qu'elle allaite ; — puis, recevant de cet enfant un chancre mammaire, bientôt suivi des manifestations usuelles de la syphilis.

Il n'est pas à désavouer, à récuser les cas de cet ordre, si contraires soient-ils aux résultats d'observation générale. Quelques-uns, d'ailleurs, sont signés de noms bien faits pour inspirer toute confiance. Acceptons-les donc — sous bénéfice d'inventaire, bien entendu, ce qui n'est pas seulement un droit, mais un devoir scientifique — et disons que, s'ils sont authentiques, ils ne démontrent rien moins que ce fait majeur, inattendu, presque incroyable, à savoir : la possibilité, pour la syphilis du fœtus, de rester inoffensive vis-à-vis de la mère, de ne pas retentir *in utero* sur la mère. — Ils seraient donc, par inversion, les homologues de ces cas expérimentaux où l'on n'a pas retrouvé la

car je n'ai conservé aucun souvenir de ce cas, qui, en raison de sa double singularité — tout à fait extraordinaire, je le répète — n'eût certes pas manqué de me frapper vivement.

Tout au contraire, je déclare n'avoir pas rencontré jusqu'à ce jour un seul fait pouvant être opposé à la loi de Baumès.

Le Dr L. Jullien, dans son remarquable *Traité des maladies vénériennes*, discute longuement la question des « exceptions à la loi de Colles », et aboutit exactement aux mêmes conclusions que moi. « Il n'est pas à récuser, dit-il, ces exceptions, alors que s'en portent garants des professeurs comme ceux que je viens de citer (Scarenzio, P. Pellizzari). Mais si Scarenzio et Pellizzari déclarent n'avoir rencontré qu'une seule fois, dans leur immense pratique, l'exception dont il s'agit. c'est qu'évidemment *la loi de Colles se vérifie dans la très grande généralité des cas*, et que, pratiquement, il faut l'estimer *vraie.* » (2e édit., p. 1086.)

bactéridie charbonneuse dans le sang de fœtus de mères charbonneuses.

Cela dit, toutefois, hâtons-nous d'ajouter que les cas en question, à les supposer même confirmés par ce que nous réserve l'avenir, ne sauraient porter atteinte au grand fait que nous avons affirmé précédemment et qualifié du nom de loi de Baumès. Et, en effet, la loi de Baumès est actuellement attestée par un nombre considérable d'observations et confirmée par l'expérience journalière; tandis que les infractions qu'on a pu lui opposer jusqu'à ce jour se comptent par quelques unités. D'ores et déjà nous sommes donc autorisés à prévoir que la loi de Baumès restera *la loi*, et les cas contradictoires l'*exception*, voire la rarissime exception.

Eh bien, l'exception ne saurait prévaloir contre la règle. En l'espèce, elle ne modifiera donc en rien le principe de pratique qui ressort des faits précités et qu'il me reste maintenant à vous signaler.

Ce principe, c'est que toute femme qui a conçu un enfant d'un homme en état de syphilis encore active, de syphilis non assurément ou non probablement guérie, doit être la nourrice, l'unique nourrice de cet enfant.

Et pourquoi ?

Pour deux raisons :

1° Parce que, dans le cas où cet enfant naîtrait syphilitique, il pourrait contaminer, il contami-

nerait même presque certainement toute nourrice autre que sa mère;

2° Parce que, dans la même hypothèse, c'est-à-dire alors que ledit enfant naîtrait en état de syphilis, sa mère n'a rien à redouter de lui. — Et elle n'a rien à redouter de lui, puisque (sauf exceptions que nous déclarons encore excessivement rares) elle tient déjà de lui la syphilis, même avant qu'il soit né.

Conséquemment, c'est un devoir professionnel pour le médecin que de préparer les voies, quand il le peut, afin qu'en de telles conditions la mère devienne la nourrice de son enfant.

Je me borne pour l'instant à signaler ce point au passage, me réservant d'y revenir plus tard avec les développements qu'il comporte.

XXVII

EXCEPTIONS AUX LOIS D'ATTÉNUATION PAR LE TEMPS ET LE TRAITEMENT.

Je viens, messieurs, dans tout ce qui précède, de passer en revue devant vous les conditions diverses qui peuvent modifier dans un sens ou dans l'autre l'influence héréditaire de la syphilis. Ces conditions, j'en ai épuisé la liste. Je vous ai dit tout ce que nous en savons, et tel est, à ce point de vue, le bilan de nos connaissances actuelles.

Or, il n'est pas besoin, à coup sûr, d'une longue expérience du sujet pour juger que ce bilan est bien loin d'être complet. Ah! certes oui, il est bien loin d'être ce qu'il devrait être, ce que nous voudrions qu'il fût. En toute évidence, l'hérédité syphilitique doit obéir encore à d'autres conditions que celles dont nous avons fait mention jusqu'ici; en toute évidence, il doit exister d'autres facteurs qui réagissent sur la faculté de transmission héréditaire de la diathèse. La preuve en est simple : c'est que les influences actuellement déterminées et connues comme susceptibles de modifier l'hérédité syphilitique sont incapables d'expliquer nombre de faits dont je vais avoir à vous parler maintenant et qui, ne trouvant pas leur raison d'être dans cesdites influences, restent véritablement incompréhensibles.

Il faut donc que les faits en question soient régis par des conditions autres, différentes de celles qui nous sont actuellement connues, puisqu'ils dérogent à celles-ci, puisqu'ils y font *exception*. Mais quelles peuvent être ces conditions autres? Cela reste encore pour nous à l'état de mystère.

Aussi bien vais-je être amené, dès ce moment, à remplir une partie déjà annoncée de mon programme. Je vous disais, au début de ces conférences, qu'en prenant la parole sur l'hérédité syphilitique, j'avais deux intentions en vue : l'une, de vous exposer ce que nous savions sur cette question si difficile et si complexe; — l'autre, de vous

signaler ce que nous en ignorions, afin d'appeler sur ces lacunes, sur ces desiderata de nos connaissances, les recherches et les efforts de tous. Eh bien, nous voici précisément en regard de cette seconde partie de mon sujet; et, bien malheureusement, elle ne sera que trop étendue.

En premier lieu se présente à notre étude toute une série d'exceptions, de dérogations aux lois que nous avons pu donner comme les mieux établies relativement aux influences majeures qui président à l'hérédité syphilitique.

Certes, de par ce qui précède, il est bien acquis et formellement démontré que l'hérédité syphilitique reconnaît deux correctifs, deux atténuants, deux *neutralisateurs* même, oserai-je dire, à savoir : le temps et le traitement spécifique.

Certes, il est encore mieux avéré, de par l'expérience générale, que l'influence hérédo-syphilitique est presque constamment amoindrie, puis éteinte, par l'action combinée de ces deux facteurs, le traitement et le temps.

Or, ces trois véritables *lois* (lois de décroissance de la nocivité hérédo-syphilitique 1° sous l'influence du temps, 2° sous l'influence du traitement spécifique, et 3° sous l'influence combinée du temps et du traitement), ces trois lois, dis-je, comportent des exceptions, et des exceptions qui, pour être inexplicables quant à présent, n'en ont pas moins, très sûrement, leurs raisons d'être et impliquent consé-

quemment l'existence de conditions étiologiques spéciales, non encore déterminées.

Je précise.

I. — *Exceptions à la loi d'atténuation par le temps.*

Je ne crains pas de le répéter, s'il est quelque chose de bien démontré dans le sujet qui nous occupe, c'est, à coup sûr, la diminution, l'atténuation de la nocivité hérédo-syphilitique sous l'influence du temps. Ainsi, un fait d'évidence notoire est le suivant :

Dans toute famille syphilitique où se produit une série de grossesses, ce sont toujours les *premiers-nés* qui sont le plus rudement éprouvés par l'hérédité spécifique, et les *derniers-nés* qui sont le plus épargnés. Les premiers-nés, les aînés, succombent très généralement, tandis que les plus jeunes survivent. Nombre d'auteurs, Hutchinson entre autres, ont produit sur ce point des observations décisives. C'est même là, je puis dire, un résultat d'expérience, un fait indéniable, irréfutable.

Eh bien, ce fait reconnaît des exceptions, exceptions assez rares, il est vrai, mais formelles, authentiques. Ainsi, il est des cas où cette décroissance d'influence nocive hérédo-syphilitique non seulement ne se réalise pas, mais encore se trouve renversée.

Exemples :

Un jeune homme contracte la syphilis en 1882,

et se marie en 1884. — Sa femme reste saine et lui donne deux enfants, à savoir :

L'un, en 1885, qui demeure indemne et est encore bien portant aujourd'hui ; — puis un deuxième, en 1886, qui naît chétif, étiolé, manifestement syphilitique, et succombe le second jour de sa naissance[1].

Ainsi, enfant syphilitique succédant à un enfant sain !

Autre cas, identique au précédent. — Un malade (que j'ai traité en ville avec mon collègue et ami le Dr Hutinel), syphilitique depuis 1878, se marie en 1883. — Sa femme reste indemne. — Deux grossesses surviennent : l'une en 83, qui donne un enfant sain ; — l'autre en 85, qui amène un enfant syphilitique, affecté notamment d'accidents viscéraux, auxquels il succombe.

M. le professeur Pinard a observé trois cas de cet ordre que vous trouverez insérés *in extenso* dans la thèse de M. Riocreux[2]. Je citerai l'un d'eux sommairement.

« Un homme, ayant contracté la syphilis en 1872, se marie en 1878. — Sa femme reste indemne et devient enceinte quatre fois. Ces quatre grossesses se terminent comme il suit :

Les trois premières par la naissance d'enfants vivants et sains, enfants tous vigoureux et bien portants ; — la quatrième, par la naissance d'un enfant qui, dès le onzième jour, est affecté d'un coryza

1 V. Riocreux, thèse citée.

2. Page 80 et suiv.

spécifique, puis s'amaigrit, s'émacie, présente une orchite spécifique, de la péritonite, et finalement succombe le dix-neuvième jour. »

M. Homolle dit de même « qu'il est des cas où les effets de l'hérédité syphilitique, bien loin de s'atténuer progressivement, se montrent, au contraire, plus graves chez les enfants qui naissent à une période avancée de la syphilis de leurs parents que chez les premiers-nés[1] ».

Ainsi donc le fait est authentique ; et, quelque bizarre qu'il soit ou puisse paraître, force nous est de l'enregistrer en nos souvenirs sous la formule générale suivante :

Il n'est pas impossible que l'hérédité syphilitique échappe à l'influence atténuante du temps.

Comme corollaire, donnons immédiatement place ici à cet autre résultat d'observation clinique.

Il est une croyance répandue parmi les gens du monde, voire agréée de quelques médecins : c'est que, dans un ménage syphilitique, la naissance d'un enfant indemne de syphilis constitue une sorte de *brevet d'immunité*, de *garantie d'avenir*, et cela soit pour les enfants ultérieurs, soit même pour les parents.

Que de fois, pour ma seule part, n'ai-je pas entendu tel ou tel de mes malades, venant d'avoir un enfant indemne, me dire : « Ah ! docteur, c'est

1. Nouveau dictionnaire de médec. et de chir. pratiques, art. *Syphilis*, p. 693

donc fini, bien fini désormais ; car *cet enfant, qui n'a rien*, *prouve bien que je suis guéri*, n'est-ce pas? Grâce à lui, je suis bien certain maintenant de n'avoir plus rien à craindre, ni pour moi, ni pour un autre enfant à venir. »

Eh bien, non, la naissance d'un enfant sain n'est pas ce que s'imaginent les malades, à savoir : un certificat de libération. Elle n'a pas cette signification, malheureusement, et loin de là !

D'abord, en ce qui concerne les parents, elle ne comporte en rien pour eux une garantie d'avenir. On voit couramment (c'est un point dont nous allons parler en détail dans un instant) des parents engendrer un enfant sain, puis, consécutivement à la naissance de cet enfant, présenter tel ou tel accident de syphilis. Je suis l'ami d'une famille où le père est mort de syphilis cérébrale (constatée à l'autopsie) après avoir donné le jour à deux enfants qui, âgés actuellement de vingt-quatre et vingt-deux ans, n'ont jamais présenté le moindre symptôme d'infection.

En second lieu, la naissance d'un enfant sain ne constitue pas davantage un critérium d'immunité certaine pour les enfants ultérieurs. Cela, nous venons de le voir par plusieurs des cas précités, cas assez démonstratifs, je crois, pour qu'il soit inutile de leur adjoindre d'autres preuves. Il est indéniable qu'à la suite d'un enfant né sain, dans un ménage syphilitique, peut naître un enfant entaché de syphilis.

Notons toutefois une différence profonde entre les deux dernières propositions que nous venons de formuler. Ainsi :

La naissance d'un enfant sain ne comporte, pour ainsi dire, aucune signification favorable relativement à la syphilis des parents, relativement à l'avenir de cette syphilis ; — tandis que, tout au contraire, elle ne laisse pas de constituer, pour les grossesses futures, pour les enfants à naître, un pronostic réellement favorable et une sécurité non pas absolue (nous le savons de reste), mais tout au moins *relative*. C'est *presque* une garantie, dirai-je, pour les enfants ultérieurs, c'est *presque* un augure de sauvegarde.

Et en effet, de par l'expérience, de par le dépouillement de nos statistiques, il m'est permis d'affirmer les deux résultats que voici :

1° Il est absolument commun de voir, consécutivement à la naissance d'un enfant sain, la syphilis des parents sévir à nouveau sur eux et sévir quelquefois d'une façon grave, très grave, voire d'une façon mortelle.

2° Au contraire, il est absolument rare de voir, dans un ménage syphilitique, la naissance d'un enfant sain être suivie de la naissance d'enfants affectés de syphilis ou éprouvés par la syphilis d'une façon quelconque. Certes, cela s'observe, comme nous en avons eu la preuve par ce qui précède, mais cela s'observe *quelquefois* seulement, de loin en loin. Les cas de cet ordre sont de

réelles exceptions relativement aux cas inverses. Si bien, en définitive, qu'on peut poser ceci, non pas comme règle, mais comme fait habituel, à savoir :

Que l'influence hérédo-syphilitique, alors qu'elle ne s'est pas exercée dans une première grossesse ou, *a fortiori*, dans une série de grossesses, ne s'exerce pas dans les grossesses ultérieures.

En autres termes, dans un ménage entaché d'une tare syphilitique, la naissance d'un enfant qui reste indemne est une garantie *à peu près* formelle d'immunité pour les enfants à naître subséquemment.

Ce résultat d'observation clinique ne comporte, je le répète, que des dérogations assez rares.

II. — *Exceptions à la loi d'atténuation par le traitement.*

L'hérédité syphilitique qui, en général, vous le savez, se laisse si facilement, voire si soudainement influencer par la médication spécifique, s'y montre quelquefois réfractaire. Et alors, contrairement à ce qui est d'observation commune, on assiste au pénible et presque décourageant spectacle de sujets qui, bien que s'étant soumis à un traitement régulier, méthodique, prolongé, conforme à toutes les exigences de l'art, n'en aboutissent pas moins à procréer des enfants syphilitiques ou entachés de quelque modalité de l'hérédo-syphilis, tout comme s'ils n'avaient rien fait, tout comme s'ils avaient abandonné la maladie à son évolution spontanée.

Les cas de cet ordre sont rares, fort heureuse-

ment, exceptionnels même. Mais enfin il en existe; on en rencontre de temps à autre en pratique. Et cela, il faut non seulement le dire, mais le signaler expressément à l'attention des médecins, en vue de la question du mariage des sujets syphilitiques.

C'est ainsi que trois de mes clients, par exemple, après des traitements assez longs, variables comme durée entre *deux à trois ans*, ont engendré des enfants syphilitiques.

Le fait suivant, qui m'a été communiqué par mon collègue et ami le Dr R..., est éminemment instructif à cet égard, d'autant qu'il ne sera guère dépassé par aucun autre comme intensité de traitement ; vous allez en juger.

Un jeune homme contracte la syphilis. Dès le début du chancre, il est soumis au traitement spécifique et à un traitement qu'on peut dire *intensif*. Il prend chaque jour (remarquez la dose, je vous prie) de 3 à 6 centigrammes de sublimé, et il continue ce traitement pendant trois ans, avec des intervalles de repos. Si bien que l'évolution morbide est absolument enrayée, et que le malade, très attentivement surveillé par mon ami, examiné au moins une fois par semaine, *ne présente même pas un seul accident secondaire.*

Au bout de trois ans, il se marie. — Sa femme devient enceinte immédiatement. Or, cette jeune femme, dès le premier mois de la grossesse, commence à présenter des symptômes non douteux

d'infection, tenant manifestement à l'ordre des syphilis dites conceptionnelles. Puis, elle avorte.

Alors, nouveau traitement très énergique du mari. — Traitement non moins énergique de la femme. — Un an après, nouvelle grossesse, qui amène un enfant à propos duquel j'ai été consulté et que j'ai vu affecté des symptômes les plus évidents d'une syphilis héréditaire (syphilides faciales, plaques muqueuses labiales, lésions osseuses, sarcocèle, pseudo-paralysie de Parrot).

Voilà donc un malade chez lequel l'influence héréditaire spécifique n'a pas été conjurée par un traitement énorme, bien supérieur comme énergie et comme durée à la moyenne usuelle, moyenne cependant plus que suffisante, dans la plupart des cas, pour prévenir de tels résultats.

III. — *Exceptions à la loi d'atténuation par l'influence combinée du temps et du traitement.*

Ce n'est pas tout encore. On a vu quelquefois l'hérédité syphilitique résister à la double influence corrective du temps et du traitement. Exemple :

Un jeune homme de vingt-six ans, de bonne constitution, contracte la syphilis en 1875. Je l'ai suivi et traité pendant tout le cours de sa maladie, et je dois lui rendre cette justice que je n'ai jamais trouvé de client plus rigoureux observateur de mes prescriptions. Sa syphilis a toujours été bénigne et s'est bornée très exactement aux manifestations suivantes : quelques papules éparses sur la peau,

plaques muqueuses buccales à diverses reprises, croûtes acnéiformes du cuir chevelu, adénopathies cervicales et mastoïdiennes. — De 1875 à 1880, il a subi *sept traitements mercuriels* par le proto-iodure ou le sublimé, de six semaines chacun, environ; et *quatre traitements iodurés*, à la dose moyenne de deux à trois grammes d'iodure de potassium par jour. — Si bien qu'en 1880, alors qu'il n'avait pas présenté le moindre accident depuis quatre ans, j'ai cru être en droit de le laisser marier. — Or, sa femme, devenue enceinte bientôt après, a accouché, en 1881, d'un enfant qui a été affecté de diverses lésions indubitablement syphilitiques, considérées comme telles par le professeur Parrot, par le professeur Pinard et par moi, lésions auxquelles cet enfant a succombé.

Je demande si un pareil traitement ne paraîtrait pas suffisant, voire exagéré, à la plupart de nos confrères. Eh bien, soit dit incidemment et comme épilogue de cette observation, il l'était si peu que, poursuivi et complété, il a abouti à des résultats tout autres. A la suite de la mort de son enfant, le malade très contristé est revenu spontanément à moi me prier de le traiter à nouveau. Alors, d'un commun accord avec son médecin habituel, nous avons recommencé la médication mercurielle et iodurée, qui a été très ponctuellement suivie, et j'ai la satisfaction de dire que, deux ans plus tard, cet homme devenait père d'un enfant absolument sain, lequel a près de six ans aujourd'hui, et qui, très atten-

tivement surveillé par un de nos collègues, n'a jamais présenté le moindre symptôme suspect.

Autre exemple. — Un jeune homme contracte la syphilis en 1867. Il s'en traite avec la plus grande assiduité pendant trois années entières, sous la direction de Ricord. Au delà, il reprend encore de temps à autre de l'iodure de potassium. On l'envoie faire une « cure d'épreuve à Luchon », et, ladite cure n'ayant rappelé aucun accident, on lui permet de se marier.

Il se marie en 1874, c'est-à-dire alors que sa syphilis datait de plus de sept ans. — Sa femme devient enceinte tout aussitôt après le mariage. — Je suis mandé près d'elle au quatrième mois de sa grossesse, et je la trouve affectée d'un type parachevé de syphilis conceptionnelle. — Puis, naît un enfant qui, dès la troisième semaine, offre les symptômes classiques d'une syphilis héréditaire, et qui vient encore, à l'âge de quatorze ans, de présenter une kératite interstitielle de l'ordre de celles qu'a si bien décrites Hutchinson comme manifestations d'hérédo-syphilis tardive.

Et de même pour quelques autres cas analogues que j'aurais encore à citer; — cas, je le répète, qui seraient tout à fait décourageants, démoralisants, s'ils n'étaient ce que par bonheur ils sont en réalité, à savoir *exceptionnels*.

Mais, dira-t-on très justement, si exceptionnels qu'ils puissent être, les cas de cet ordre ont une

raison d'être. Quelle est donc cette raison? Eh bien, c'est là, précisément, dans l'état actuel de nos connaissances, le desideratum sur lequel j'appelle votre attention. Les cas de cet ordre, nous les voyons se produire *sans rien y comprendre;* nous y assistons en spectateurs inconscients du pourquoi des choses. En vertu de quelle disposition mystérieuse l'hérédité syphilitique résiste-t-elle quelquefois aux deux grands facteurs qui suffisent presque constamment à l'atténuer, à la corriger, à l'éteindre, c'est-à-dire au temps et à la médication spécifique? Pourquoi se montre-t-elle réfractaire et persistante en certains cas? Tout cela, nous l'ignorons encore, nous l'ignorons absolument.

XXVIII

INÉGALITÉ DES DIVERS SUJETS SYPHILITIQUES DEVANT L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE.

Ce qui précède me sert de transition naturelle pour vous entretenir actuellement d'un autre fait plus général, qui résume toutes les irrégularités, toutes les bizarreries de l'hérédo-syphilis, qui pourrait même leur servir d'expression collective, et que, pour cette raison, j'ai peut-être eu tort de ne pas placer en vedette de cet exposé.

Ce fait, c'est l'*inégalité des divers sujets syphilitiques devant l'hérédité syphilitique.*

L'hérédité syphilitique est clémente pour les uns, clémente jusqu'à les épargner absolument, jusqu'à rester inoffensive; — tandis qu'elle est nocive, malfaisante, voire pernicieuse pour les autres.

Je veux bien, comme on l'a dit, que l'inégalité règne en maîtresse dans les choses de ce monde, aussi bien dans les choses médicales que dans toutes autres. Mais je n'en ai pas moins le droit d'être profondément surpris quand je vois une même influence déterminer parfois, et cela *en des conditions d'apparences identiques ou analogues*, des résultats absolument différents, c'est-à-dire infecter ou ne pas infecter des enfants, tuer celui-ci et laisser vivre celui-là. C'est bien là de l'inégalité par excellence, si je ne m'abuse. Or, cette inégalité, ce fait brutal d'un pronostic tantôt bénin et tantôt grave, quelles raisons lui donner? Certes, ces raisons existent, je ne cesse de le répéter; elles doivent même être majeures, pour correspondre à des résultats si diamétralement opposés. Et cependant elles nous échappent, elles nous font absolument défaut dans un certain nombre de cas. Il n'est pas à le dissimuler, l'hérédité syphilitique, dans un certain nombre de cas, s'exerce ou ne s'exerce pas, se montre inoffensive ou maligne, *sans que nous en sachions le pourquoi*.

Oui, très positivement, on se heurte parfois,

dans l'étude de l'hérédité syphilitique, à des contrastes singuliers, étonnants ; si bien qu'on croirait vraiment, au premier abord, que tout en l'espèce est livré au hasard, alors que très certainement tout y obéit à des lois fixes et déterminées.

Ainsi, je vous parlais à l'instant de ces cas décourageants, désespérants, où l'influence hérédo-syphilitique résiste à la double influence du temps et de la médication spécifique. Et, à ce propos, je vous relatais, entre autres spécimens, l'histoire de deux malades qui, s'étant méthodiquement et énergiquement traités pendant trois ans et plus, ayant attendu quatre et sept ans pour se marier, n'en avaient pas moins abouti à engendrer des enfants syphilitiques.

Or, inversement, vous rencontrerez en pratique nombre de sujets qui, ne s'étant que médiocrement préoccupés de leur syphilis, n'ayant fait qu'un traitement tout au plus moyen, n'ayant pas attendu plus de dix-huit mois à deux ans pour se marier, ont procréé cependant des enfants sains.

Exemple du genre, entre tant d'autres de même ordre :

Un jeune employé de commerce vient me consulter, en 1873, pour un chancre induré, bientôt suivi de quelques accidents secondaires (roséole, plaques amygdaliennes, adénopathies). Je le traite trois mois ; tout disparaît. — Au delà, un autre médecin le traite encore pendant trois ou quatre mois. — Ce jeune homme se marie en 1875. — La

même année, il lui naît un enfant *sain*. — Deux autres enfants également *sains* succèdent à celui-ci au cours des trois années suivantes.

Mais il y a plus. Vous trouverez en l'espèce des cas absolument opposés, absolument contradictoires, situés, si je puis ainsi parler, aux antipodes les uns des autres; — c'est-à-dire des cas non moins remarquables les uns que les autres soit par une excessive bénignité, soit par une véritable perniciosité de l'influence hérédo-syphilitique.

Une telle proposition exige ses preuves. Les voici.

D'une part, certains malades, véritablement privilégiés, ont pu avoir des enfants sains, soit à échéance peu distante du début de leur syphilis, soit en dépit d'un traitement singulièrement écourté, quelquefois dérisoire ou presque nul. Exemples :

Un de mes clients actuels, affecté d'ataxie, n'a jamais fait contre sa syphilis d'autre traitement que celui-ci : 45 pilules mercurielles lors de son chancre. Il a eu cependant trois enfants *sains*, dont le premier dans la quatrième année de l'infection.

Un médecin, qui ne s'est pas traité plus de trois mois au début de sa syphilis, a eu cinq enfants *sains*; et le premier de ces enfants est né alors que son père n'avait pas achevé la troisième année de sa maladie.

De même pour un de mes malades qui, s'étant traité seulement six semaines, a eu un enfant *sain* au cours de la troisième année de sa syphilis.

Deux de mes clients ont eu chacun un enfant sain au cours de la deuxième année de leur maladie. Le premier s'était traité trois mois; — et le second six semaines!

Un autre, enfin, est devenu père au cours de la première année de l'infection, et son enfant est né *sain*. — Un second enfant, venu au monde quatre ans plus tard, est resté également indemne. — Or, ce malade n'avait pris pour tout traitement que 120 pilules de Ricord, exactement, au début de l'infection. Et il était si peu guéri de sa maladie que, dix ans plus tard, il fut affecté d'une gomme du palais.

Ainsi, voilà toute une série de malades, qui, à vrai dire, ne se sont guère préoccupés de leur syphilis; — qui ne se sont pas traités (car, en fait de syphilis, on ne saurait qualifier de traitement une médication de quelques mois ou de quelques semaines); — qui n'ont même pas attendu pour se marier la dépuration spontanée du temps; — et qui cependant *ont eu des enfants sains!* Pour eux, l'hérédité syphilitique a été aussi clémente qu'ils ont été indifférents vis-à-vis d'elle; pour eux, elle est restée muette; elle a été comme si elle n'existait pas[1].

1. Ces derniers jours, encore, le fait suivant s'est présenté à mon observation :

Un sujet américain vient me consulter pour une énorme syphilide tuberculo-croûteuse, qui recouvre presque toute l'étendue d'un des avant-bras et dont l'origine remonte à dix-huit mois environ. Il me présente, en outre, sur une jambe, de vastes cicatrices pigmentées, brunâtres, vestiges d'une lésion semblable qui, paraît-il, s'est guérie spontanément. — Nul doute ne pouvait s'élever sur la

Puis, à côté de semblables faits, vous rencontrerez des sujets ou des ménages syphilitiques pour lesquels l'hérédité syphilitique s'est montrée véritablement féroce, qu'elle a persécutés avec furie, et cela parfois en dépit d'un traitement moyen, et cela jusque dans des étapes très avancées de la syphilis, comme vous allez le voir.

Quelques exemples sont ici nécessaires.

I. — Un de mes anciens élèves, le Dr Meneault, a publié une observation relative à un sujet syphilitique dont la femme restée saine eut six grossesses. Ces six grossesses se terminèrent de la façon suivante :

Les deux premières, par des fausses couches;

qualité spécifique de ces accidents; car, d'une part, ce monsieur présentait des antécédents très nets de syphilis (chancre induré. il y a dix ans, suivi de quelques manifestations secondaires) ; — d'autre part, la physionomie des lésions actuelles était absolument caractéristique ; — et, enfin, pour le dire à l'avance, le traitement spécifique fit justice de ces lésions avec une rapidité significative.

Ce monsieur s'est marié il y a cinq ans. — Sa femme est restée saine. — Et de ce mariage est issu un enfant, qui finit actuellement sa troisième année. — Or, cet enfant, que j'ai vu, est ou paraît absolument sain. Jamais, assure le père, il n'a eu « le moindre bouton sur le corps » ; jamais il n'a été malade. Il est vigoureux, bien portant.

Et, cependant, son père n'a suivi qu'un traitement dérisoire pour sa syphilis, comme on va en juger. Il me raconte qu'au début de sa maladie il est allé consulter un médecin de son pays qui lui a prescrit « des pilules de Ricord ». Il a pris de ces pilules « pendant *quinze jours*, pas davantage, bien sûrement » ! Et, au delà (même au cours de ses dernières manifestations), il n'a jamais suivi le moindre traitement !

Quelques cas semblables pourraient encore être produits, mais n'ajouteraient rien à une démonstration qui me paraît acquise.

La troisième et la quatrième, par la naissance d'un enfant mort et d'un enfant hydrocéphale, qui mourut à quelques mois ;

Les deux dernières, par la naissance d'un enfant syphilitique et d'un autre *peut-être* indemne.

II. — Dans un ménage où les deux conjoints étaient syphilitiques, sept grossesses ont eu les résultats que voici :

3 fausses couches ;

2 enfants syphilitiques, qui sont morts ;

2 enfants syphilitiques, survivants.

III. — Une femme syphilitique (qui, à la vérité, ne s'est pas traitée, car on ne saurait considérer comme un traitement quelques bains mercuriels pris au début de la maladie) a vu neuf de ses grossesses se terminer par neuf fausses couches à deux, trois et sept mois. Devenue enceinte une dixième fois (et cela dans la seizième année de sa syphilis, remarquez bien cette échéance), elle a accouché d'un enfant petit, chétif, rabougri, qui bientôt a été couvert de gommes.

IV. — Dans un cas[1] que vous connaissez déjà, une femme saine, mariée à un homme syphilitique, est devenue enceinte onze fois.

Or, sept fois elle a avorté ; — et trois fois elle a mis au monde des enfants syphilitiques, dont un succomba.

V. — Un autre cas, également précité, nous

1. Cas rapporté par Behrend.

montre les onze grossesses d'une femme saine, mariée à un sujet syphilitique, se terminant comme il suit :

2 par avortement ;

2 par naissance d'enfants syphilitiques qui succombèrent ;

7 par naissance d'enfants syphilitiques qui survécurent.

VI. — Une femme syphilitique, mariée à un homme très certainement syphilitique, mais sur lequel toutefois on n'a pu avoir de renseignements précis, n'a conservé qu'un enfant sur onze grossesses. — Les dix autres sont morts, six avant de naître, quatre peu de temps après leur naissance.

VII. — Dans un ménage syphilitique que je traite actuellement, sept grossesses ont abouti à ceci :

Cinq fausses couches ou accouchements prématurés d'enfants morts ;

Deux naissances à terme d'enfants moribonds, qui succombèrent l'un en quelques heures, l'autre à trois semaines.

VIII. — Que dire enfin du cas précédemment relaté de mon collègue Ribemont, où dix-neuf grossesses, dans un ménage syphilitique, se terminèrent par dix-neuf morts (cinq fois par avortement, quatorze fois par la naissance d'enfants qui succombèrent au bout de quelques semaines ou de quelques mois) ?

Ainsi donc, à ne parler que des cas extrêmes, on peut assister tour à tour à tel ou tel des deux spectacles que voici :

D'une part, des sujets syphilitiques engendrant des enfants sains, tout comme s'ils n'étaient pas entachés de syphilis ;

Et, d'autre part, des sujets syphilitiques littéralement persécutés dans leur postérité, ne pouvant engendrer, même à échéance éloignée du début de leur maladie, que des enfants destinés soit à mourir, soit à végéter, infectés de syphilis.

Pourquoi de telles irrégularités, de tels contrastes, de telles oppositions ? Fort souvent, nous ne faisons que les constater, sans être en mesure de leur appliquer la moindre raison, la moindre explication plausible.

XXIX

IMMUNITÉ POSSIBLE D'ENFANTS ISSUS DE PARENTS SYPHILITIQUES NON GUÉRIS.

Voilà déjà bien des singularités, bien des anomalies, bien des énigmes (disons le mot), dans l'histoire de l'hérédité syphilitique. Et je suis loin encore d'en avoir épuisé la liste.

Ainsi, un fait dont je vous ai parlé incidemment, fait non moins inexplicable que tous ceux qui précèdent, mais auquel on prête moins d'attention,

sans doute parce qu'il est beaucoup plus commun, consiste en ceci :

Faculté pour un sujet syphilitique non guéri d'engendrer des enfants sains.

Oui, un enfant indemne (du moins indemne autant qu'il nous soit permis d'en juger cliniquement) peut procéder d'un père ou d'une mère syphilitique, dont l'état diathésique persiste, persiste sûrement, comme cela est attesté plus tard par l'invasion sur ce père ou sur cette mère d'accidents spécifiques, consécutivement à la naissance dudit enfant.

Eh bien, cela, dirai-je, est extraordinaire. Pourquoi ? Parce que, logiquement, on serait autorisé à raisonner de la façon suivante :

De deux choses l'une : un sujet syphilitique est guéri ou n'est pas guéri.

S'il est guéri, tout naturellement il peut engendrer des enfants sains ; cela va de soi.

Mais, s'il n'est pas guéri, il doit, semble-t-il, engendrer des enfants syphilitiques.

Ainsi, logiquement, devraient marcher les choses.

Or, pas du tout ! Ainsi ne marchent-elles pas, précisément. Et il n'est pas exceptionnel, tout au contraire (remarquez bien ceci) il est absolument commun, très commun, de voir des parents syphilitiques engendrer des enfants sains, puis être affectés ultérieurement, à échéances variables, de tels ou tels accidents de syphilis, témoignages non équivoques de leur état de *non-guérison* au mo-

ment où s'est opérée la procréation de ces enfants.

De cela voici la preuve.

I. — En ce qui concerne *le père*, les observations de ce genre abondent et surabondent. J'en ai relaté 35 dans mes leçons sur *Syphilis et mariage*[1], et

1. V. ouvrage cité, pièces justificatives, note I, p. 337.

Comme exemples, je citerai d'une façon toute sommaire quelques-unes de ces observations :

Obs. I. — Chancre induré de la verge. — Syphilides cutanées et muqueuses. — Traitement irrégulier, assez prolongé cependant. — Mariage quatre ans après le début de la syphilis. — Femme restant indemne. — Un enfant sain. — Deux ans après la naissance de cet enfant, le père est affecté de syphilides papulo-croûteuses de forme circinée.

Obs. II. — Chancre induré du gland. — Roséole. — Syphilides buccales. — Sarcocèle épididymaire. — Récidive de roséole cerclée. — Traitement intense et prolongé. — Mariage six ans après le début de la syphilis. — Femme restant indemne. — Trois enfants sains, dont l'aîné est actuellement âgé de dix ans. — Gomme de la verge après la naissance du second enfant.

Obs. III. — Chancre induré. — Roséole. — Syphilides palmaires. — Syphilides buccales. — Traitement assez long, mais irrégulier. — Mariage six ans après le début de l'infection. — Second mariage quelques années plus tard. — Femmes restant indemnes. — Cinq enfants des deux lits, tous absolument sains. — Récidives de psoriasis palmaire sur le mari, après la naissance du premier et du troisième enfant.

Obs. IV. — Chancre induré. — Roséole. — Syphilides buccales. — Récidive de roséole, sous forme circinée. — Traitement prolongé. — Mariage trois ans après le début de la syphilis. — Femme restant indemne. — Deux enfants sains, dont l'aîné est actuellement âgé de neuf ans. — Tubercule ulcéré de la verge, neuf ans après le mariage.

Obs. V — Chancre induré. — Syphilide papulo-croûteuse. — Syphilide ecthymateuse (ecthyma profond). — Rupia. — Céphalée très violente. — Hémiplégie. — Récidive de syphilides rupiales. — Traitement très énergique et très prolongé. — Mariage deux ans

j'en pourrais citer actuellement plus du triple. Déjà je vous en ai communiqué quelques-unes dans ce qui précède. Laissez-moi, en son lieu et place, en produire une autre, comme spécimen, et celle-ci d'une authenticité absolument irréfutable pour des raisons que vous allez apprécier vous-mêmes.

Un de mes amis, médecin fort distingué, a contracté la syphilis il y a 17 ans environ. Il s'est traité et marié. Or, consécutivement à la naissance de ses deux premiers enfants, — lesquels (ainsi que les suivants, d'ailleurs) sont restés absolument indemnes, — il a été affecté d'une syphilide palmaire aussi typique, aussi irrécusable que possible. Ai-je à dire si ses enfants ont été, de sa part et de la mienne, l'objet d'une surveillance inquiète et vigilante ? Eh bien, jamais, je vous le répète, on n'a constaté sur eux le moindre symptôme suspect. Ils sont donc nés sains d'un père encore syphilitique, incontestablement syphilitique.

II. — Et ce qui est vrai relativement au père est également vrai en ce qui concerne *la mère*.

après le début de la syphilis. — Femme restant indemne. — Enfant sain. — Ultérieurement, le mari est affecté de nombreux accidents de syphilis : diplopie, accès éphémères d'hémiplégie droite, syphilides nasales, ecthyma des jambes.

Obs. VI. — Chancre induré. — Roséole. — Syphilides buccales. — Traitement prolongé. — Mariage trois ans après le début de la syphilis. — Femme restant saine. — Un enfant sain. — Accidents multiples survenus chez le père, après la naissance de l'enfant : sarcocèle spécifique, périostoses, ulcérations nasales, syphilide tuberculeuse du nez, diabète.

A preuve, par exemple, les cinq observations suivantes que j'emprunterai à mes notes :

I. — Ménage syphilitique. — Enfant sain. — Deux ans après la naissance de cet enfant, la mère est affectée d'une syphilide gommeuse du front et d'une oreille.

II. — Mère syphilitique. — Pas de renseignements sur le père. — Naissance de deux jumelles saines. — Quelques mois plus tard, mère affectée d'une exostose tibiale et d'une gomme du pied.

III. — Couple syphilitique. — Naissance d'une fille saine, actuellement âgée de dix-sept ans. — Mère affectée : 1° dix-huit mois après la naissance de sa fille, d'une glossite dépapillante ; 2° onze ans après, d'une glossite scléro-gommeuse extrêmement rebelle.

IV. — Mère syphilitique ; père inconnu. — Enfant sain. — Mère affectée, neuf mois après la naissance de l'enfant, d'une syphilide ulcéreuse du pharynx, et, deux ans plus tard, d'une gomme palatine.

V. — Père et mère syphilitiques. — Enfant sain, actuellement âgé de vingt-deux ans. — Mère affectée, quatre ans après la naissance de cet enfant, de plusieurs accidents tertiaires : syphilide tuberculeuse ; — ulcérations nasales ; — nécroses nasales avec horrible ozène, etc.

De tels faits ne sont-ils pas absolument démonstratifs ?

Eh bien, s'il en est ainsi, comment peut-il en être ainsi ? Quelle explication donner à cette indifférence de la diathèse des parents vis-à-vis du produit de conception ? Comment l'agent infectieux de la syphilis, alors cependant qu'il est bel et bien en possession de l'organisme des procréateurs (comme se charge de le démontrer l'explosion ultérieure d'accidents spécifiques), comment cet agent infectieux, dis-je, respecte-t-il le germe fœtal, se montre-t-il inoffensif à son égard ?

A fortiori, comment la transmission héréditaire peut-elle ne pas s'exercer, alors qu'*au moment même de la procréation* le père ou la mère se trouve sous le coup de manifestations *actives* de syphilis, ainsi que nous en avons cité précédemment divers exemples qu'il serait superflu de reproduire ici ?

Comment, en vertu de quoi, la syphilis s'affranchit-elle, dans les cas de cet ordre, des lois auxquelles elle obéit le plus souvent ? Que penser, en un mot, de telles immunités, qui véritablement restent pour nous à l'état d'énigmes, de mystères ?

XXX

ALTERNANCES HÉRÉDITAIRES.

Et, puisque nous en sommes au chapitre des mystères, ne le quittons pas sans signaler un dernier fait non moins bizarre et non moins inexpliqué. Je

veux parler des *alternances* que présente parfois l'hérédité syphilitique.

Il n'est pas impossible, par exemple, que, plusieurs grossesses venant à se produire dans un ménage entaché de syphilis, un enfant naisse sain, entre son aîné venu syphilitique et son puîné également syphilitique; — en autres termes, il n'est pas impossible que la naissance de cet enfant sain soit à la fois précédée et suivie de la naissance d'enfants syphilitiques.

Comme spécimen du genre, je vous citerai le cas suivant que j'ai observé en ville avec le vénérable Dr X...[1], dont l'autorité donnera à ce fait un caractère d'authenticité absolue.

Un jeune homme syphilitique se marie prématurément. — Sa femme devient enceinte tout aussitôt et l'on constate sur elle, dès les premiers mois de sa grossesse, des accidents non douteux de syphilis.

Cinq grossesses procèdent de ce couple syphilitique et donnent les résultats que voici :

Première grossesse : enfant syphilitique, vu et traité par le Dr X...; accidents syphilitiques graves, entraînant la mort.

Deuxième grossesse : naissance d'un enfant sain qui a été observé, surveillé, suivi par le Dr X..., et qui n'a jamais présenté le moindre symptôme suspect.

Troisième et quatrième grossesses terminées par

1. On concevra le motif qui m'a fait supprimer ici jusqu'à l'initiale de mon vénéré confrère.

avortement (sans cause appréciable autre que la syphilis).

Cinquième grossesse : deux jumelles toutes deux syphilitiques, manifestement syphilitiques, l'une morte du fait de la syphilis.

En résumé : enfant sain encadré (passez-moi le mot) dans une série de quatre enfants infectés.

Les cas de cet ordre sont rares, très rares à coup sûr. Cependant on en rencontre de temps à autre. Des exemples du genre ont été cités par divers auteurs, notamment par Turhmann, Kassowitz[1], Taylor, Milton[2], Behrend[3], Lancry[4], etc. Pour ma part, j'en ai huit dans mes notes. L'alternance d'enfants sains et d'enfants diversement éprouvés par la syphilis est donc un fait indéniable comme conséquence possible de l'hérédité syphilitique.

Or, à quelles conditions peut se rattacher un fait aussi singulier ?

Par exception, ici, il en est une connue, déterminée, irrécusable. Cette condition, c'est l'*influence thérapeutique*.

Et, en effet, nous avons vu, par ce qui précède, que parfois le traitement spécifique, intervenant au cours d'une série de grossesses malheureuses, a pu, comme on dit vulgairement, « couper » la série et

1. Kassowitz. Die Vererbung der Syphilis, 1876.
2. Milton. The British med. Journ., 1879.
3. Behrend. Berliner Klin. Woch, 1881.
4. Lancry. *Observation pour servir à l'histoire de l'influence héréditaire de la syphilis*. (Annales de dermat. et de syphiligr., 1886, p. 418.

déterminer la naissance d'un enfant sain ; puis que, ce traitement ayant été discontinué prématurément, son influence s'est effacée, et qu'alors la diathèse, reprenant ses droits, s'est affirmée par de nouveaux méfaits héréditaires.

Rappelez-vous, à ce sujet, la belle observation de Turhmann que je vous ai relatée et qui se résume en ceci :

Femme syphilitique devenue enceinte onze fois.

Au cours des sept premières grossesses, pas de traitement. — Résultat : sept enfants syphilitiques, tous morts.

Au cours de la huitième et de la neuvième grossesse, intervention du traitement spécifique. — Résultat : deux enfants vivants et sains.

Dixième grossesse, pas de traitement. — Accouchement d'un enfant syphilitique, qui meurt de syphilis.

Onzième grossesse, reprise du traitement. — Enfant né vivant et restant sain.

Il n'est guère possible qu'un tel cas ait jamais son pareil.

Cependant Taylor en a cité un de même ordre qui mérite mention. Ce cas est même particulièrement curieux en ce que l'alternance a dérivé en l'espèce d'une influence thérapeutique s'exerçant *sur le père*. Le voici, sommairement :

« Un homme syphilitique, marié à une femme saine, commence par avoir un enfant mort-né, probablement syphilitique.

« Alors, il se traite. — Second enfant, qui naît sain.

« Alors, il ne se traite plus. — Troisième enfant, fortement syphilitique.

« Alors, il se traite à nouveau. — Quatrième enfant, sain. »

Enfin, à titre d'analogie, citons encore cet autre cas, emprunté à mes notes :

Mari et femme syphilitiques. — Quatre grossesses.

Au cours de la première et de la troisième grossesse, la jeune femme est laissée sans traitement et avorte.

Au cours de la deuxième et de la quatrième grossesse, elle est traitée par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium ; — elle amène à terme deux enfants vivants et sains [1].

Dans les cas de ce genre, c'est-à-dire alors que le traitement intervient ou n'intervient pas tour à tour, on a la clef de ces alternances héréditaires ; et, avec toute raison, on peut dire :

C'est le traitement qui, cette fois, a suspendu, réprimé l'influence héréditaire ; — c'est l'absence de traitement qui, cette autre fois, a laissé l'influence héréditaire se reproduire.

Et cette interprétation, qui satisfait absolument l'esprit, doit sûrement être exacte, c'est-à-dire conforme à la pathogénie intime et réelle des phénomènes.

1. V. *Syphilis et mariage*, 2° édit., p. 211, où un autre fait de même ordre se trouve relaté.

Mais il est des cas où l'action suspensive du traitement sur l'hérédité syphilitique ne saurait plus être invoquée, le traitement n'étant pas intervenu. Et alors, comment comprendre, comment interpréter l'alternance héréditaire? On ne saurait pas, à coup sûr, la considérer comme une fantaisie, un caprice de la diathèse, un effet de pur hasard. Il faut bien qu'elle ait une raison. Mais quelle peut être cette raison?

Les hypothèses n'ont pas fait défaut. On a dit ceci, par exemple, sous des formes variées :

Les alternances héréditaires ne sont dues qu'aux alternances normales d'évolution de la maladie chez le géniteur ou les géniteurs infectés. La maladie est-elle dans une période d'éréthisme, de poussées, les enfants procréés à ce moment sont touchés par l'hérédité pathologique et naissent en état de syphilis; — est-elle, inversement, dans un stade de repos, les enfants naissent indemnes.

Fort bien! répondrai-je; mais il n'est qu'un malheur pour cette théorie : c'est que l'hérédité syphilitique, ainsi que nous l'avons établi précédemment, n'a nul besoin pour s'exercer que les géniteurs infectés soient, au moment même de la procréation, dans une période de syphilis active; il suffit qu'ils soient en état *latent* de syphilis. Maintes fois, en effet, des géniteurs en état latent de syphilis ont engendré des enfants sur lesquels a sévi, d'une façon ou d'une autre, l'hérédité syphilitique. A preuve ces avortements en série dans des ménages où le mari, anciennement syphilitique, ne

présentait plus depuis longtemps le moindre symptôme de syphilis.

Pour d'autres, la variabilité possible de l'hérédité syphilitique au cours de grossesses successives serait due à ce qu'ils appellent les « révivifications accidentelles du virus », susceptibles de se produire « à propos d'une perturbation organique quelconque, à propos d'une excitation morale ou physique, d'une fluxion nerveuse ou sanguine, à propos d'une grossesse, etc »[1]. — De même, en ce qui concerne l'influence héréditaire paternelle, Hutchinson a dit ceci : « On peut, ce me semble, parfaitement concevoir que le virus syphilitique existe dans la semence paternelle à un certain moment et ne s'y rencontre pas à un autre. »

Sans doute, tout cela est possible; mais c'est là un ordre de possibilités hypothétiques dont la démonstration échappe absolument.

D'autres encore ont raisonné ainsi : Tout n'est pas infecté dans la personne d'un syphilitique. Il y a dans le sang, dans le sperme, dans l'ovaire des syphilitiques, des cellules infectées et des cellules saines. Eh bien, voilà le secret des alternances héréditaires. Les enfants dérivant de cellules spermatiques ou ovulaires viciées subissent l'hérédité syphilitique, tandis que d'autres y échappent parce qu'ils

1. Voir *Dictionnaire encyclopédique*, art. *Syphilis*, p. 557.

procèdent de cellules restées indemnes[1]. — Inutile, je crois, de discuter une telle théorie.

Somme toute, aucune des hypothèses précédentes à contrôle impossible ne saurait nous satisfaire.

Aussi, mieux vaut-il, à mon avis, nous borner à constater le fait « sans phrase » que de nous payer d'explications qui n'expliquent rien.

Résumons-nous donc, en disant :

Que l'hérédité syphilitique peut être quelquefois soumise à des alternances qui, pour si singulières qu'elles soient, n'en sont pas moins authentiques;

Que, pour certains cas, l'influence passagère, mais insuffisante du traitement spécifique, peut expliquer rationnellement ces alternances ;

Mais qu'il est d'autres cas — et en bien plus grand nombre — où ces alternances restent absolument inexplicables.

XXXI

GROSSESSES GÉMELLAIRES.

Enfin, quelques mots encore sur un fait tout particulier qui, à le juger authentique, constituerait le comble de l'extraordinaire en l'espèce. Ce fait est le suivant :

1. Atkinson (J.-E.). *The etiology of congenital syphilis histologically considered*, New-York medic. journal, 1875.

Dans les grossesses gémellaires, l'hérédité syphilitique pourrait, paraît-il, *s'exercer d'une façon inégale sur les deux jumeaux, voire s'exercer sur l'un et ne pas s'exercer sur l'autre.*

Cela, tout au moins, semblerait résulter de quelques observations.

Ainsi, premier point : il peut y avoir une inégalité très accentuée de l'un à l'autre jumeau quant à l'intensité de leurs symptômes respectifs d'hérédo-syphilis. Il se peut que l'un soit gravement éprouvé, voire succombe, tandis que l'autre ne présente que des accidents plus ou moins légers.

Hutchinson dit avoir constaté cette particularité plusieurs fois. Dans l'un de ses cas, un des jumeaux resta en bon état de santé générale, bien qu'affecté d'accidents syphilitiques; tandis que l'autre fut si gravement atteint qu'il succomba.

J'ai vu le même fait, pour ma part. De deux jumelles, nées toutes deux syphilitiques d'un père et d'une mère syphilitiques, l'une présenta des accidents très sérieux, dépérit, fut prise d'entérite et succomba, alors que l'autre en fut quitte pour des lésions peu sérieuses et survécut.

Dans un cas de Campbell, l'un des jumeaux vint au monde mort et macéré; l'autre naquit sain et ne présenta de symptômes syphilitiques que quelques semaines plus tard.

Dans un cas de Caspary, l'un des jumeaux, très débile, fut pris d'accidents syphilitiques quelques

jours après sa naissance; tandis que l'autre, plus fort, ne présenta de signes d'infection que quatre mois et demi plus tard.

Jusqu'ici rien de bien surprenant; car on sait que fort souvent il existe une inégalité très grande entre deux enfants jumeaux comme développement, comme force, comme résistance vitale, etc. Et, à la rigueur, cette inégalité peut rendre compte, au point de vue spécial qui nous occupe, des différences morbides constatées entre les deux enfants, voire des terminaisons différentes par mort ou survie.

Mais voici où commence l'extraordinaire. Des deux jumeaux, dit-on, il se peut que l'un soit infecté héréditairement et que l'autre reste indemne.

M. Diday a relaté un cas de ce genre, se résumant en ceci :

Ménage où le mari est syphilitique et la femme saine. — Grossesse amenant deux jumeaux. — « De ces deux enfants, dit M. Diday, l'un, le garçon, présenta au deuxième mois une syphilide pustulo-squameuse compliquée de désordres digestifs, et succomba en dépit du traitement; — l'autre, une petite fille, n'eut jamais le moindre indice de syphilis; elle a aujourd'hui douze ans et se porte à merveille, ainsi que sa mère[1]. »

Kassowitz a vu également une femme syphilitique

1. *Dictionnaire encyclopédique*, art. *Syphilis*, p. 549.

mettre au monde deux jumeaux dont l'un était sain, tandis que l'autre présentait des signes manifestes d'infection.

A peine ai-je besoin de vous dire que la pathogénie de pareils faits nous échappe absolument. C'est là une énigme de plus dans un sujet qui en comporte un si grand nombre.

XXXII

DIAGNOSTIC PRÉVISIONNEL.

Tel est, sans parler de nombreux points de détail que je laisse de côté, le bilan des obscurités, des incertitudes, des *desiderata*, qui constituent autant de pierres d'achoppement dans l'étude si curieuse, mais si difficile, de l'hérédité syphilitique.

Eh bien, de l'énumération qui précède dérive une conclusion qu'à l'avance, certainement, vous avez déduite à part vous, et qui doit maintenant être formulée.

Cette conclusion, c'est qu'une absolue réserve nous est le plus souvent imposée à propos des *prévisions* à émettre sur les résultats de l'hérédité syphilitique.

Sans doute il est des cas où nous pouvons presque en toute sûreté émettre un pronostic soit favorable, soit défavorable, que les événements se chargeront de confirmer. Sans doute il est des cas où nous se-

rons pleinement autorisés à dire : « Telle grossesse se terminera mal, à savoir par un avortement ou par la naissance d'un enfant syphilitique », comme aussi, inversement : « Telle autre grossesse se terminera heureusement, par la naissance d'un enfant indemne de syphilis. » Mais quels sont les cas où nous serons autorisés à nous prononcer de la sorte? Ceux *d'ordre extrême*, si je puis ainsi parler; ceux où des raisons multiples, diverses et puissantes, se trouvent associées et accumulées pour charger ou exonérer le pronostic.

Citons des exemples, pour plus de précision.

Voici, je suppose, une femme saine, ayant conçu un enfant d'un homme syphilitique. Or, la syphilis de cet homme remonte à un assez grand nombre d'années, à 6, 8, 10 ans; de plus, cette syphilis a été légère ; enfin, elle a été longuement traitée, et depuis longtemps elle est restée muette. On demande ce qu'il adviendra de l'enfant.

Réponse (que l'événement confirmera d'une façon pour ainsi dire certaine) : L'enfant en question naîtra à terme, vivant et sain; l'hérédité syphilitique ne s'exercera pas sur lui. — Pourquoi? Vous le savez par ce qui précède.

Cas inverse. — Voici, d'autre part, une femme qui est devenue enceinte quelques mois après avoir contracté la syphilis ; — cette femme s'est peu traitée ou même ne s'est pas traitée; — elle est encore actuellement en pleine poussée d'accidents secondaires, etc. — On demande quel sera le sort de son

enfant. — Nous pouvons être facilement prophètes en prédisant que cet enfant ou bien mourra avant terme, ou bien mourra peu de temps après sa naissance, ou bien, en tout cas, naîtra syphilitique avec tous les accidents, tous les dangers que comporte l'infection héréditaire. — Et, certes, l'événement confirmera ici encore notre pronostic.

Dans tous les cas de ce genre, je mets en fait que nous ne nous tromperons pas dans nos prévisions plus d'une fois sur trente ou quarante.

De même encore pourrons-nous émettre des présomptions valables, quasi-voisines de la certitude, en quelques conditions particulières, telles que les suivantes, par exemple :

Plusieurs grossesses heureuses se sont produites dans un ménage, dont l'un des conjoints, voire les deux conjoints sont affectés de syphilis. — Une nouvelle grossesse se trouve aujourd'hui en évolution. Eh bien, rationnellement et de par les données empiriques déduites des connaissances acquises sur le sujet, quelle terminaison prévoir à cette grossesse, si ce n'est un résultat semblable à celui des précédentes ?

Réciproquement, un ménage syphilitique a été éprouvé par deux ou trois grossesses malheureuses. La syphilis persiste dans ce ménage en dépit du temps, en dépit du traitement, ou, ce qui est bien plus commun, en raison de l'absence de traitement, et voici une nouvelle grossesse. A quelle

éventualité s'attendre en ces déplorables conditions, sinon à un désastre nouveau?

Et ainsi de suite.

En de telles conditions, comme en toutes autres de même ordre, lire dans l'avenir, c'est-à-dire présager que l'hérédité syphilitique s'exercera ou non, est chose vraiment facile; et les événements, je le répète, n'infligeront que bien rarement un démenti à nos prévisions.

Mais que de cas, à côté de ceux-là, où le pronostic à émettre sur les résultats d'une grossesse issue de conjoints syphilitiques est autrement incertain, difficile, délicat, voire impossible! Que de cas où, après avoir bien supputé, pesé les conditions favorables ou défavorables, on n'aboutit pas à savoir si l'on doit craindre ou espérer! Que d'éléments divers à consulter pour la solution du problème, et que de risques d'erreur à éviter! On table sur des lois générales, et l'on est trompé par diverses exceptions, exceptions à la loi de décroissance par le temps, à la loi d'atténuation par le traitement, à ces deux lois associées, etc. On escompte la bénignité de la diathèse ou les résultats favorables de grossesses antérieures, et l'on est surpris par des retours offensifs de la maladie, par des alternances aussi imprévues que singulières, etc., etc. L'inégalité et l'irrégularité, nous l'avons vu, sont à l'ordre du jour en l'espèce. Hutchinson relate, à ce propos, une piquante anecdote, instructive par excellence,

et méritant bien d'être citée. La voici sommairement.

Dans une même matinée, à son hôpital, il observa deux cas où les prévisions rationnelles, logiquement applicables à chacun d'eux, se trouvèrent précisément renversées. Celles qu'on eût émises pour l'un furent réalisées par l'autre, et réciproquement.

Ainsi, dans le premier cas, il n'y avait qu'un des conjoints affecté de syphilis, et c'était le père ; — un traitement moyen avait été suivi ; — et, de plus, la syphilis était ancienne. D'après cela, on était bien autorisé à préjuger que l'hérédité syphilitique avait dû rester muette, inoffensive dans ce ménage. Eh bien, pas du tout. Elle y avait fait *onze victimes sur onze grossesses.*

Dans le second, les deux conjoints étaient l'un et l'autre syphilitiques ; — la syphilis était récente ; le traitement avait été insuffisant ; — la mère présentait même encore des accidents de syphilis. Tout était au pis, comme prédispositions héréditaires. Et cependant, deux enfants étaient nés sains dans ce ménage[1] !

Or, en fait de pronostic, de telles déconvenues sont communes en l'espèce.

Aussi bien la plus expresse réserve est-elle de rigueur dans l'ordre des cas que j'appellerai *moyens*, c'est-à-dire dans tous les cas où aucune particularité saillante, majeure, décisive, ne se rencontre

1. V. British and foreign Medico-chirurg. Review, oct. 1877.

pour influer sur la syphilis dans un sens ou dans l'autre, où tout est *moyen* (passez-moi le mot), soit comme prédispositions héréditaires, soit comme garanties de sauvegarde. — Exemple du genre, que je n'aurai pas la peine d'inventer, car il s'est présenté à moi il y a peu de jours, et je ne ferai que le copier sur nature.

Un jeune homme a contracté la syphilis, il y a un peu plus de deux ans. Il n'a éprouvé comme accidents, à la suite de son chancre, qu'une roséole, quelques plaques muqueuses, quelques adénopathies, etc. Il s'est traité « au mercure » pendant plusieurs mois; mais quelles préparations, quelles doses a-t-il absorbées? Il n'en sait rien, et impossible de le savoir; car, quelques jours avant ses noces, il a fait, suivant l'usage, un holocauste de tous ses papiers compromettants et tout particulièrement de certaines ordonnances. Bref, se jugeant guéri, il s'est marié, et sa femme est enceinte de trois mois actuellement. Or, me raconte-t-il, depuis cette grossesse il a été pris d'un remords de conscience, car il a entendu dire que les enfants des syphilitiques héritent parfois de la syphilis de leur père, qu'ils naissent en pitoyable état, étiques, scrofuleux, « pourris »; et il vient à moi pour me demander deux choses: 1° ce à quoi il doit s'attendre relativement à l'enfant que porte sa femme; et 2° s'il est quelque chose à faire pour prévenir de regrettables éventualités.

Ne parlons pas de ce dernier point (à savoir du

quid agendum), car nous aurons bientôt à en traiter longuement, et restons exclusivement sur le terrain du pronostic. Or, dans les conditions précitées (que j'ai choisies à dessein, parce que ce sont là précisément celles de milliers de cas qu'on observe en pratique), est-il un pronostic ferme à déduire de semblables données? Non, en toute évidence. Avec des données de cet ordre, *moyennes* de tout point, moyennes comme âge de la syphilis, comme caractères de cette syphilis, comme traitement, etc., *tout est possible*, manifestement *tout*, aussi bien la naissance d'un enfant sain que la naissance d'un enfant syphilitique. On trouverait de part et d'autre des centaines d'observations pour démontrer qu'en de telles conditions, qu'à nouveau je qualifie de moyennes, l'hérédité syphilitique s'est exercée ou ne s'est pas exercée. Donc, dans toute situation de ce genre, pas de pronostic possible à formuler, pas de présomptions véritablement sérieuses et scientifiques à émettre; rien à dire, au total.

J'accorde que, dans certains cas quelque peu différents, où viendra prendre place telle ou telle circonstance soit atténuante, soit aggravante, le pronostic pourra trouver une base plus solide sur des considérations plus motivées. Mais encore, quelle part ne faudra-t-il pas laisser à l'inconnu, à l'imprévu, à toutes ces exceptions, ces irrégularités, ces inégalités, ces anomalies, etc., que je vous mentionnais précédemment!

Aussi bien, comme conclusion, pouvons-nous dire ceci :

Certes, oui, il est des cas où, dans l'ordre de situations qui nous occupe, le médecin sera en état de présager le résultat favorable ou défavorable d'une grossesse, et de le présager avec une somme de probabilités équivalant à une quasi-certitude.

Mais les cas de cet ordre ne sont pas les plus communs.

Et bien autrement fréquents, au contraire, sont les cas où, en l'absence de raisons suffisamment motivées pour ou contre l'éventualité d'une transmission héréditaire, les prévisions à émettre se borneront à de simples présomptions plus ou moins hypothétiques, voire où toute prévision deviendra scientifiquement impossible.

XXXIII

PRONOSTIC DE L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE.

Si l'on me demandait ceci : « Qu'y a-t-il de plus redoutable dans toute la syphilis? Quel est le plus malfaisant dommage que la syphilis inflige à l'humanité? Sous quelle forme symptomatologique, par quel ordre d'accidents est-elle plus particulièrement nocive, funeste, pernicieuse? » — si, dis-je, une telle question m'était posée, je n'éprouverais

pas l'ombre d'un embarras, d'une hésitation, pour répondre tout aussitôt :

Ce qu'il y a de plus redoutable dans toute la syphilis, ce par quoi la syphilis s'élève au rang d'un fléau pour l'humanité, c'est, à coup sûr et sans contestation possible, sa faculté de transmission héréditaire, c'est ce qu'on appelle son *hérédité*, sous les diverses formes par lesquelles cette hérédité peut se traduire.

Et le bien fondé de cette réponse, de cette appréciation, va ressortir immédiatement pour vous du simple parallèle que voici.

Qu'y a-t-il au total de véritablement sérieux, d'important, de grave, dans toute la vérole? Les manifestations tertiaires, n'est-il pas vrai? Et, parmi les manifestations tertiaires, quelle est la plus redoutable tout à la fois comme fréquence et comme dommage possible, voire comme menace pour la vie? La *syphilis cérébrale*, chacun de vous l'a citée à l'avance[1].

1. Est-il besoin de légitimer ce que je viens de dire sur l'excessive gravité du pronostic que comporte la syphilis cérébrale? Il me suffira de citer la statistique suivante, empruntée à mes *Leçons sur la Syphilis du cerveau* (G. Masson, 1879).

«... J'ai dans mes notes 90 cas de syphilis cérébrale *à terminaisons connues*, c'est-à-dire dont il m'a été permis d'apprécier les résultats définitifs (réserve faite, bien entendu, pour l'éventualité de recrudescences ou de récidives ultérieures).

Or, ces 90 cas peuvent être très naturellement distribués en deux groupes, comme il suit :

1° *Cas heureux* ou *relativement heureux*, comprenant : d'une part, les guérisons vraies, et, d'autre part, celles que nous sommes convenus de qualifier du nom de guérisons incomplètes. c'est-à-dire

Or, comparez, de par vos souvenirs cliniques, le nombre des victimes que fait la syphilis cérébrale à celui que fait l'hérédité syphilitique, et jugez! Dans un instant je vais vous dire que mes statistiques de ville (à ne parler que de celles-là) me

avec reliquats légers; 2° *Cas malheureux*, comprenant : d'une part, les cas suivis de mort, et, d'autre part, les cas de survie avec infirmités sérieuses, graves.

Eh bien, comparons ces deux groupes. Le premier s'élève au chiffre de 43; — et le second à celui de 47.

Ainsi, premier résultat : *Le nombre des cas malheureux dépasse quelque peu celui des cas heureux* (dans la proportion de 47 à 43).

En second lieu, remarquez ceci : *Sur* 90 *cas*, *pas plus de* 30 *guérisons véritables.*

De plus, sur 90 cas, 14 *morts;* — et 33 cas de survie avec *infirmités graves*, laissant les malades dans un déplorable état pour le reste de leur existence.

Quels résultats! Quels chiffres lamentables! Tout au plus un cas heureux ou relativement, incomplètement heureux, contre un cas se terminant soit par la mort, soit (ce qui est parfois à peu près équivalent) par une infirmité sérieuse, incurable, définitive! — Comparez à cette proportion la proportion des succès ou des insuccès fournis par tant et tant d'autres maladies importantes, graves, telles que la pneumonie, la fièvre typhoïde, la variole, etc., et vous verrez la gravité de ces dernières rester fort au-dessous de celle de la syphilis cérébrale.

C'est qu'en effet, Messieurs, la syphilis cérébrale constitue, comme je vous l'ai déjà dit maintes fois, une AFFECTION DES PLUS GRAVES; — une affection comportant des risques de mort nombreux; — comportant des risques plus nombreux encore d'infirmités sérieuses; — n'offrant aucune chance de guérison spontanée; — accessible, il est vrai, dans une certaine mesure, à l'action du traitement spécifique; — mais seulement curable en de certaines conditions, alors que, reconnue comme nature à une période voisine de son début, elle est attaquée de bonne heure par un traitement d'une intensité particulière.

Voilà, Messieurs, ce qui ressort de l'expérience commune, et voilà ce que confirme numériquement la désolante statistique que je viens de produire. » (P. 576.)

fournissent un total de 527 morts d'enfants par hérédité syphilitique. Eh bien, me serait-il donné de vivre encore cinquante ans, je n'aboutirais certainement pas à enregistrer dans mes notes un chiffre égal de morts par syphilis cérébrale.

Donc, la *mortalité que réalise l'hérédité syphilitique est infiniment supérieure à celle qui dérive de la modalité la plus grave, la plus préjudiciable, la plus pernicieuse, de la syphilis.*

Vous voyez, conséquemment, si l'on est autorisé à dire que l'hérédité constitue le pire danger qui puisse dériver de la syphilis. C'est de par ses facultés héréditaires que la syphilis s'élève au triste rang d'une calamité domestique pour les familles et d'un facteur de dépopulation pour la société.

Cette proposition est déjà justifiée en partie à vos yeux par ce qui précède; elle le sera mieux encore et plus complètement, je l'espère, par ce qui va suivre.

XXXIV

Un point se présente à discuter et, s'il est possible, à élucider tout d'abord.

Avec quel *degré de fréquence* s'exerce l'hérédité syphilitique dans les ménages entachés de syphilis?

Je ne sache pas que jusqu'ici aucun document statistique — au moins important — ait été pro-

duit sur ce sujet. Eh bien, j'ai eu l'ambition, sinon de combler cette lacune, du moins de commencer à la combler.

J'ai donc dépouillé à ce point de vue 500 des observations dont je dispose, observations de tout genre, de tout ordre, forcément relatives aux cas les plus divers et parfois même les plus opposés, c'est-à-dire relatives à des malades très inégalement affectés par la syphilis; — à des malades dont les uns, par exemple, ont eu une syphilis légère et d'autres une syphilis plus ou moins grave; — dont les uns se sont traités longtemps et sérieusement, tandis que les autres n'ont suivi qu'un traitement à peine digne de ce nom; — dont les uns ne se sont mariés que tardivement et sur avis motivé de leur médecin, et dont les autres sont imprudemment devenus pères dès la première année de leur syphilis, etc., etc. Et ainsi de suite.

Mais que ce pêle-mêle d'éléments disparates ne vous effraye pas. Pour déroger à cette loi des statistiques qui réclame le groupement d'unités comparables, il ne sera en l'espèce que plus instructif; car il aura l'avantage de nous fournir, si je puis m'exprimer ainsi, une photographie sur nature de l'hérédité syphilitique; il nous reproduira cette hérédité telle qu'elle est, telle qu'elle se présente en pratique, c'est-à-dire composée de facteurs absolument divers, de conditions et de circonstances variées à l'infini. Nous allons voir là l'hérédité syphilitique telle qu'il a été donné à un pra-

ticien de l'observer en trente ans de clientèle, dans le monde parisien.

Voici donc les résultats du dépouillement minutieux de mes notes :

Sur les 500 ménages en question, il en est :

223, où l'hérédité syphilitique ne s'est pas produite, c'est-à-dire où les enfants sont nés vivants et indemnes ;

175, où elle s'est au contraire exercée suivant tel ou tel de ses modes ;

Et 102, où elle s'est exercée d'abord, pour devenir plus tard inoffensive.

Eh bien, additionnant ces deux derniers groupes (que composent les cas absolument ou relativement malheureux, par opposition aux cas heureux qui constituent le premier groupe), nous aboutissons en définitive à ceci :

Que, sur les 500 ménages susdits, il en est 277 qui ont été éprouvés par l'hérédité syphilitique ; — 277 sur 500, c'est-à-dire *plus de moitié.*

D'où il suit que, d'une façon approximative, mais très certainement plus ou moins voisine de la vérité, on peut dire :

Étant donné un ménage entaché de la tare syphilitique, il y a plus de 50 0/0 *de risques pour que la disposition morbide des parents se réfléchisse sur le produit de conception.*

Ce premier point, d'abord, ne laisse pas d'être intéressant. Mais poursuivons.

En second lieu, de ces 500 ménages sont issues 1127 grossesses, lesquelles se sont terminées comme il suit :

1° *Heureusement*, c'est-à-dire par naissance d'enfants sains et survivants. . . . . 600 fois.

2° *Malheureusement*, c'est-à-dire par avortements, morts précoces, infection syphilitique des enfants, dégénérescences diverses, etc. . . . . 527 fois.

Enfin, au détail, ces 527 grossesses à résultats malheureux se répartissent ainsi :

Avortements	230
Morts (généralement peu de temps après la naissance, et soit par syphilis, soit par affections parasyphilitiques, par débilité native, etc.).	245
Enfants syphilitiques survivants.	38
Dégénérés (hydrocéphales, arriérés, idiots, etc.).	14
	527

D'où il suit :

1° Que *la proportion des grossesses à résultats malheureux a été de 46 %.*

2° Et que *la proportion de mortalité infantile a été de 42 %.*

Ne retenons, si vous le voulez, que le dernier de ces chiffres, car c'est le plus essentiel et le plus frappant. Il en résulte, en définitive, que :

Dans un groupe de 500 familles entachées de syphilis, la mortalité infantile (comprenant celle des avortements et celle qui se produit au delà de l'accouchement) s'est élevée au chiffre de 42 %.

En autres termes, sur 100 grossesses issues des dites familles, 42 ont abouti à la mort par le fait de la syphilis. Je dis *par le fait de la syphilis*, car j'ai pris grand soin d'exclure de cette statistique tous les cas où la mort de l'enfant était notée comme imputable à une cause vulgaire (pneumonie, croup, fièvres éruptives, etc.).

Eh bien, si tel est le chiffre de la mortalité infantile par hérédité syphilitique (et je ne crois pas que ce chiffre soit bien éloigné de la vérité des choses, étant donnés les efforts que j'ai faits pour m'en rapprocher le plus possible), et si tel est ce chiffre comme expression de ce qui se produit dans la généralité des cas, ne le trouvez-vous pas en vérité *lamentable*, *néfaste, désolant*? Voyez donc! Une hérédité morbide qui tue 42 enfants sur 100! Quel fléau, même à ce seul titre, constitue la syphilis pour la société!

Toutefois il est besoin d'expliquer cette statistique.

Le chiffre que je viens de citer (42 morts %) est indéniable. Oui, en réalité, 100 grossesses ont abouti sous mes yeux à 42 morts d'enfants; cela n'est pas à contester. Mais cela ne veut pas dire qu'étant donnés 100 ménages syphilitiques, il y en aura 42 qui seront condamnés à perdre un enfant. Toujours, en effet, dans les statistiques de cet ordre, on rencontre un certain nombre de ménages qui fournissent à eux seuls un gros contingent de décès,

par exemple 4, 5, 6 décès pour une seule famille, et même davantage quelquefois, à savoir jusqu'à 8, 10 et 12. Or, veuillez remarquer que l'élévation de la mortalité infantile dans ces familles si cruellement éprouvées diminue d'autant la quote-part des autres. Et, en effet, trois familles, je suppose, venant à perdre chacune quatre enfants, le tribut d'ensemble à payer par les autres se trouve de ce fait abaissé à 30 %. Donc, le risque personnel de chacune est ainsi allégé d'autant, c'est-à-dire devient, pour une certaine proportion, inférieur à la moyenne précitée.

Quoi qu'il en soit, la proportion de mortalité que réalise l'hérédité syphilitique n'en reste pas moins très élevée, extrêmement élevée, voilà le fait.

Quant à apprécier et à déterminer exactement cette proportion de mortalité, c'est et ce sera là toujours œuvre plus que difficile, presque impossible même, dirai-je. Et cela, pour bien des raisons : parce que beaucoup d'avortements restent inconnus du médecin ; — parce que bien souvent la cause qui a produit la mort de l'enfant ne peut être sûrement déterminée, même après autopsie ; — parce que, très fréquemment en pratique, la syphilis des parents ou de l'un des parents (celle du père surtout) est absolument ignorée ; etc., etc. ; — et aussi (n'oublions pas ce fait) parce que les résultats de l'hérédité syphilitique sont extrêmement varia-

bles suivant le milieu d'observation. — Un mot, au passage, sur ce dernier point.

D'une façon générale on peut dire que le chiffre de la mortalité hérédo-syphilitique est considérablement plus élevé à l'hôpital que dans la clientèle de ville.

Une statistique, que j'ai dressée à Lourcine et qui porte sur les sept années que j'ai passées dans cet hôpital, m'a fourni le chiffre terrifiant de QUATRE-VINGT-SIX enfants morts sur cent grossesses[1].

De même, un de nos très estimables confrères, M. le Dr Coffin, observant lui aussi à Lourcine, a

1. V. *Syphilis et mariage* (2e édit., p. 117) où se trouve reproduite une statistique de M. le Dr L. Le Pileur, relevée de même à Lourcine pour une période de dix années. — De cette statistique il résulte que :

1° Sur 414 grossesses, 154 se sont terminées soit par avortement, soit par expulsion d'enfants mort-nés à divers termes de la gestation.

2° Des 260 enfants venus à terme et vivants, 141 sont morts dans un très court délai (22 seulement ont survécu plus d'un mois).

Additionnons. Cela fait bien un total de 295 morts sur 414 grossesses, c'est-à-dire, en chiffres ronds, presque *trois morts sur quatre naissances.*

Et notez encore que, parmi les enfants considérés ici comme « survivants », il en est très sûrement un certain nombre qui ont dû succomber au dehors, du fait seul de leur maladie.

De même encore M. Durac, observant à Toulouse, a vu, sur 43 grossesses de femmes syphilitiques, 36 se terminer d'une façon fatale pour l'enfant. (*De l'hérédité de la syphilis*, Thèse de Montpellier, 1866.)

Je rapprocherai de ces diverses statistiques celle qu'a dressée M. le Dr L. Le Pileur à la prison de Saint-Lazare et dont voici le résumé :

209 grossesses issues de 78 femmes *non syphilitiques* ont fourni ceci comme résultats :

vu 28 grossesses de femmes syphilitiques aboutir à ceci :

27 enfants morts ;

1 seul survivant[1].

Avec toute apparence de raison on pourrait croire que cette mortalité excessive, extraordinaire, trouve son explication dans la qualité spéciale du public féminin qui fréquente Lourcine. Et en effet, comme chacun le sait, les malades de Lourcine sont (pour la plupart au moins, et réserves faites pour de très honorables exceptions) de jeunes prostituées qui s'adonnent à tous les excès, qui commettent toutes les imprudences imaginables, qui se traitent aussi mal que possible, ou, pour mieux dire, qui ne se traitent pas le plus souvent, et qui

8	mort-nés ; — soit	3,8 °/₀
99	décès après la naissance ; — soit. . .	47,3 °/₀
102	survies ; — soit	48,8 °/₀.
209		

Tandis qu'au contraire, sur 153 grossesses de femmes *syphilitiques*, on a compté :

120	fœtus ou mort-nés ; — soit	78,4 °/₀
25	décès après naissance ; — soit. . . .	16,3 °/₀
8	survies ; — soit	5,2 °/₀.
153		

C'est-à-dire que le chiffre de mortalité a été, pour les enfants issus de femmes non syphilitiques, de 51 °/₀ ; — et de 94 °/₀ pour les enfants issus de femmes syphilitiques. (*De la mortalité infantile causée par la syphilis ; documents recueillis à la prison de Saint-Lazare.* Paris, 1889.)

1. *Étude clinique pour servir à l'histoire de l'influence de la syphilis, du traitement mercuriel, et des ulcérations du col sur la grossesse.* (Thèses de Paris, 1851.)

recherchent plutôt qu'elles ne redoutent l'avortement.

Et, d'autre part cependant, à l'hôpital Saint-Louis, dont le public féminin est à coup sûr bien plus relevé que celui de Lourcine comme composition moyenne, la mortalité des enfants issus de femmes syphilitiques n'est que peu différente de ce qu'elle est à Lourcine. A preuve les chiffres suivants, qui résument ce que j'ai observé à Saint-Louis ces dernières années :

148 grossesses de femmes syphilitiques ont abouti, d'une façon sommaire, aux résultats suivants :

125 enfants morts ;

Et 23 survivants.

D'où, comme proportion de mortalité : 84 %.

86 % à Lourcine, 84 % à Saint-Louis, ce sont là, vous le voyez, des chiffres presque équivalents.

Or, — est-il besoin de vous le faire remarquer ? — il y a loin, bien loin, de ce quotient de mortalité infantile hospitalière au quotient de mortalité de même origine dans la clientèle de ville, à savoir 42 %. Celle-ci est exactement *moitié* de celle-là.

En tout cas, les divers chiffres qui précèdent convergent tous, quel que soit le milieu où nous les récoltions, vers un résultat identique qu'ils traduisent avec une éloquence indéniable.

Ce résultat (qui constitue presque une caractéristique en l'espèce, tant il est accentué), c'est l'influence énergiquement *meurtrière* que le vice

hérédo-syphilitique exerce sur le produit de conception et sur l'enfant. *La vérole tue les jeunes*, comme on l'a dit, *et les tue par véritables hécatombes*; voilà le fait, le grand fait que je m'efforce de mettre en lumière. La vérole est, de toutes les maladies, celle qui produit le plus d'avortements et qui tue le plus d'enfants en bas âge.

Mort avant la naissance ou mort peu de temps après la naissance (sans parler même des méfaits possibles de la syphilis héréditaire tardive), tel est le sort réservé, dans une moyenne que je n'ai plus à dire, aux enfants issus de souche syphilitique.

Eh bien, ce n'est pas tout. Il y a pis que cela encore.

Les deux faits précités (mort du *fœtus* et mort de l'*enfant*) pouvant s'ajouter l'un à l'autre et n'étant que trop sujets à répétitions, il en dérive souvent un troisième, encore plus néfaste, à savoir : *polymortalité des jeunes* dans les familles syphilitiques. Certaines familles syphilitiques sont effectivement éprouvées de la façon la plus cruelle par l'hérédité spécifique, laquelle dépeuple littéralement le foyer domestique en tuant coup sur coup toute une lignée d'enfants. Je ne vous citerai plus de cas particuliers à l'appui de cette proposition, car bon nombre ont déja trouvé place dans ce qui précède, et c'est là un point sur lequel vous êtes maintenant édifiés. Mais, comme spécimens, je vous énumérerai les résultats sommaires d'un certain

nombre d'observations. Voyez quel a été, pour quelques-unes de ces familles, le résultat de l'hérédité syphilitique relativement à leur progéniture :

Cas d'Hutchinson	4	enfants	morts sur	5	grossesses.
— de Roger	4	—	—	5	—
— de Bertin	5	—	—	6	—
— personnel	5	—	—	6	—
— personnel	5	—	—	6	—
— personnel	5	—	—	7	—
— personnel	6	—	—	8	—
— personnel	7	—	—	8	—
— personnel	7	—	—	8	—
— de Behrend	8	—	—	11	—
— de Turhmann	8	—	—	11	—
— de Bonnet	8	—	—	9	—
— personnel	9	—	—	10	—
— personnel	9	—	—	10	—
— de Bryant	11	—	—	12	—
— d'Hutchinson	11	—	—	12	—
— de Carré	11	—	—	12	—
— de Zambaco	14	—	—	15	—

Puis, viennent d'autres cas où l'hérédité syphilitique a fait, passez-moi le mot, *table rase*. Autant de naissances, autant de décès. Exemples :

Observation	de Cazenave	4	enfants	morts sur	4	grossesses.
—	d'Artéaga	4	—	—	4	—
—	personnelle	4	—	—	4	—
—	personnelle	4	—	—	4	—
—	de Tanner	6	—	—	6	—
—	personnelle	6	—	—	6	—
—	de Trousseau	7	—	—	7	—
—	personnelle	7	—	—	7	—
—	personnelle	7	—	—	7	—
—	de Wilson	8	—	—	8	—
—	de Ribemont-Dessaignes	19	—	—	19	—

Quelles statistiques! Quelles horribles tables

mortuaires! — Tout commentaire, j'imagine, serait superflu[1].

Aussi bien cette polymortalité des jeunes constitue-t-elle, comme je l'ai indiqué de vieille date, un véritable *élément de diagnostic* pour la syphilis héréditaire. Et ce signe peut être, doit être utilisé dans le diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire. Ainsi :

Étant donné, je suppose, un malade (enfant, adolescent ou adulte même) affecté de symptômes ou de lésions qui peuvent être rapportés à la syphilis héréditaire, le médecin ne devra jamais négliger de remonter dans les antécédents de famille, en vue d'élucider, s'il est possible, les divers points que voici :

La mère de ce malade a-t-elle fait des fausses couches, et, notamment, a-t-elle été éprouvée par des fausses couches multiples, par des fausses couches *en série*, suivant l'expression actuellement adoptée?

1. M. le professeur Neumann (de Vienne) disait de même, au Congrès international de 1889 :

« ... Les chiffres que nous venons de communiquer montrent le triste sort des enfants héréditairement syphilitiques... *Il faut donc considérer la syphilis héréditaire comme* UNE DES PLUS AFFREUSES MALADIES, *qui, sauf peu d'exceptions, tue presque tous les enfants.*

« Sous de tels rapports, ajoutait-il, la syphilis ne reste pas dans le cadre étroit de la science, mais ressort du domaine de l'Etat, qui devrait mettre en œuvre tous les moyens pour arrêter les conséquences funestes que la syphilis des parents peut entraîner. » (*Congrès international de dermat. et de syphiligr.*, p. 268.)

V. aussi : Barthélemy, *Syphilis et santé publique*, Paris, 1890.

La mère de ce malade a-t-elle amené à terme ou avant terme des enfants morts ou mourants?

La famille de ce malade a-t-elle perdu des enfants? — Et combien? — Et à quel âge sont morts ces enfants? Etc., etc.

Car, si de cette anamnèse spéciale il résulte que la famille dudit malade a été frappée de cette *polymortalité infantile*, ce seul renseignement équivaut presque à la constatation d'un symptôme ou d'une lésion syphilitique dans les antécédents et peut concourir utilement au diagnostic de la syphilis héréditaire[1].

Tel est, Messieurs, le pronostic de l'hérédité syphilitique; — et vous jugez maintenant si j'étais autorisé à vous le présenter au début de ce chapitre sous les couleurs les plus sombres.

XXXV

Et même, ai-je tout dit? L'hérédité syphilitique s'en tient-elle là? Ne comporte-t-elle pas d'autres conséquences? Par exemple, ne comporte-t-elle pas des conséquences plus éloignées?

Un mot encore sur ce point.

La syphilis héréditaire, affirment certains auteurs,

1. C'est là un point sur lequel j'ai longuement insisté dans une publication antérieure et que je me borne à rappeler ici. — V. *La syphilis héréditaire tardive*, Paris, 1886 (p. 159 et suiv.).

peut à son tour devenir cause et raison d'hérédo-syphilis; c'est-à-dire qu'un sujet né syphilitique de parents syphilitiques peut à son tour procréer des enfants syphilitiques; auquel cas la syphilis du grand-père, je suppose, servirait parfois d'origine à la syphilis du petit-fils. — C'est là ce qu'on exprime en disant que l'hérédo-syphilis est transmissible à LA SECONDE GÉNÉRATION.

A priori, rien ne s'oppose logiquement à la possibilité d'une telle transmission. Car on ne voit pas de raisons pour qu'un sujet syphilitique soit incapable de transmettre la syphilis par hérédité, alors même qu'il l'aurait contractée héréditairement. Puisqu'il est constant que la syphilis peut exercer son influence héréditaire à longs termes, à très longs termes, puisque cette influence peut, comme nous l'avons vu, ne pas être périmée après des stades chronologiques de 15 et 20 ans, il est tout simple d'admettre que, par exemple, une jeune fille hérédo-syphilitique puisse à 15 ou 20 ans devenir mère d'un enfant auquel elle transmettra la syphilis. Car l'hérédité dérivant d'un sujet hérédo-syphilitique n'est au total qu'une hérédité syphilitique à longue échéance, une hérédité syphilitique simplement différente des cas usuels en ce qu'elle s'est soustraite à l'action corrective et atténuante du temps[1].

Rationnellement, donc, je le répète, rien de plus

1. M. le Dr E. King a dit de même :

« ... L'impossibilité de transmission de la syphilis à la seconde génération m'a paru très douteuse. Il m'a toujours été difficile de

admissible. Mais, en fait, cette hérédité est-elle démontrée cliniquement? Voilà la question.

On a bien publié un certain nombre d'observations tendant à l'établir. Mais aucune n'est à l'abri de légitimes critiques. Aucune n'est absolument probante, formellement décisive. Au reste, je vais vous en faire juges.

Une première est due à Atkinson, et se résume en ceci :

Un enfant est affecté de symptômes non contestables de syphilis héréditaire (coryza, roséole, taches palmaires et plantaires, affaiblissement progressif, cachexie et mort). — On recherche l'origine de cette syphilis et l'on trouve : d'une part, un père indemne; d'autre part, une mère certainement syphilitique, et très vraisemblablement hérédo-syphilitique de par toute une série de considérations

comprendre comment une diathèse moins virulente que la syphilis pouvait se transmettre à plusieurs générations, tandis que seule la syphilis, la plus grave de toutes les maladies qui affectent le système sanguin, ne pourrait probablement pas affecter la seconde et jamais la troisième génération. Nous pourrions contracter la goutte et voir celle-ci sauter une et quelquefois deux générations pour apparaître sur la troisième ou la quatrième, et la syphilis ne pourrait jamais en faire autant! Non, je ne puis accepter cette opinion.... On peut, dit J. Hutchinson, rester 10, 20 et même 35 ans sans aucune manifestation spécifique, et voir survenir ensuite quelque affection bien définie et très caractéristique. Il me semble que, puisque la syphilis peut rester si longtemps à l'état latent, tout en existant encore chez les parents, un descendant peut de même être affecté de cette maladie à un degré plus ou moins prononcé. La diathèse peut de même rester latente chez ce descendant jusqu'au jour où l'économie se trouvera dans des conditions plus favorables à son développement. » (*France médicale*, 1889, p. 1339.)

telles que les suivantes : front proéminent, nez aplati à sa base, malformations dentaires, taches cornéales et antécédents de kératite interstitielle, polymortalité infantile ayant sévi sur la lignée d'enfants à laquelle cette femme appartient (4 morts sur 6 naissances), etc. En outre, dit-on, la sœur de la malade présente également quelques signes d'hérédité spécifique. Et même il est précisé que la mère de ces enfants était couverte de nombreuses cicatrices, bien susceptibles d'être rapportées à la syphilis[1].

Tout cela, certes, est de nature à constituer, en l'espèce, de fortes, de très fortes présomptions en faveur de l'hérédo-syphilis, et il ne semble guère douteux que la malade en question ait tenu la syphilis de sa mère, tout comme elle l'a certainement transmise à son enfant. Néanmoins, toutes ces présomptions, même accumulées, n'aboutissent pas à une *certitude*, et c'est la certitude qui est nécessaire pour établir un fait scientifique. La certitude absolue n'aurait pu résulter ici que d'un examen des parents de la malade ou d'un témoignage médical établissant d'une façon catégorique l'état de syphilis des parents. Cet examen n'a pas été fait, ce témoignage est absent. Donc l'observation reste incomplète et comporte un côté vulnérable[2].

1. Atkinson, *An account of a case of syphilis inherited through two generations*, Archives of dermatology, 1876, p. 106.

2. Il paraît, au reste, qu'aujourd'hui le Dr Atkinson serait plus

Un autre cas — et celui-ci presque absolument démonstratif — a été relaté, ces derniers temps, par le Dr C. Boeck (de Christiania). Le voici sommairement.

Une femme est traitée, en 1854, à l'hôpital de Christiania pour divers accidents de syphilis acquise (roséole, ulcérations génitales, plaques muqueuses amygdaliennes, etc.). — En 1860, elle accouche d'une fille, laquelle, à l'âge de deux mois, est admise et traitée au même hôpital pour des accidents non douteux et même fort graves d'hérédo-syphilis. — Cette fille, en 1884, c'est-à-dire à l'âge de vingt-quatre ans, se marie avec un homme qui, soigneusement interrogé et examiné, paraît bien être resté toujours indemne de syphilis. Elle a deux enfants de cet homme; et le second de ces enfants, né en 1888, commence, vers deux mois et demi, à être affecté d'accidents irrécusables de syphilis héréditaire (coryza, exanthème papulo-maculeux des plus caractéristiques, taches palmaires et plantaires, rhagades aux lèvres, périostites tibiales, etc.[1]).

Ici, donc, la syphilis a été *vue* et bien vue, authentiquement constatée sur les trois générations, à

réservé sur la signification qu'il avait tout d'abord attribuée à ce cas. « Dans une conversation que j'ai eue avec le Dr Atkinson, en 1888, il m'a dit que, depuis les symptômes qui s'étaient manifestés ultérieurement, il n'était plus aussi affirmatif dans son diagnostic de syphilis transmise. » (Dr E. King, *France médicale*, 1889, p. 1339.)

1. Cette remarquable observation a été publiée *in extenso* dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 2e série, t. X, 1889, p. 782.

savoir : syphilis acquise sur la grand'mère, hérédo-syphilis sur la mère, hérédo-syphilis sur le petit-fils. Rien à dire à ce point de vue, et l'observation serait rigoureusement probante, si, par malheur, une anomalie n'y introduisait un point de doute que voici. La mère, avant de mettre au monde le dernier enfant dont il vient d'être question, avait déjà eu deux grossesses, l'une d'un amant, antérieure à son mariage, et l'autre de son mari. Or, ces deux grossesses avaient amené à terme des enfants sur lesquels aucun signe de syphilis ne fut constaté. Le premier, il est vrai, avait succombé à l'âge d'un mois ; mais, le second, qui mourut du croup à l'âge de deux ans et deux mois, était resté jusqu'alors « sain et florissant ». Je sais bien qu'on a vu parfois la naissance d'un enfant syphilitique être précédée de la naissance d'enfants sains. Mais c'est là une anomalie, une exception rarissime. Or, l'exception et l'anomalie ne sont guère acceptables quand il s'agit de démontrer un fait litigieux et contesté. Donc, au total, cette dernière observation est tout près d'être probante, sans l'être cependant d'une façon absolue.

Eh bien, il en est de même pour plusieurs autres encore que j'aurais à citer[1] ; il en est de même pour

1. V. Homolle. *Nouveau Diction. de méd. et de chir. pratiques*, p. 696, où se trouve instituée une très juste critique de quelques faits antérieurs, que je me suis abstenu de reproduire.

Dezanneau, *Observation d'hérédo-syphilis à la seconde génération*, Annales de dermat. et de syphil., 1888, p. 162.

E. King, *Hereditary syphilitic transmission through two generations*. Trad. dans la *France médicale*, 1889.

toutes jusqu'ici sans exception. C'est ainsi, par exemple, que MM. Lannelongue et Besnier me disaient, ces derniers jours, qu'ils étaient bien persuadés de l'authenticité de cette hérédo-syphilis de seconde génération, et cela de par un certain nombre de faits qu'ils ont eu l'occasion d'observer, mais que jamais ils n'étaient parvenus à en recueillir un cas typique, qui fût à l'abri de toute critique.

A mon tour et en ce qui me concerne, je ne puis que faire une déclaration toute semblable. J'ai bien dans mes notes une demi-douzaine de cas que je considère, que j'ai toutes raisons de considérer, me semble-t-il, comme des exemples de cette hérédité de seconde génération. Mais, ces cas, je m'abstiens de les produire, parce qu'ils sont incomplets, parce qu'ils présentent tous une lacune, un chaînon rompu dans la série des preuves à établir. En sorte que moi aussi, comme mes collègues précités et comme d'autres encore, je crois à cette hérédité de seconde génération, mais sans avoir la possibilité d'en faire actuellement la preuve.

Rien d'étonnant du reste à cette disette de faits probants en la matière. Songez donc, en effet, à quelles exigences une observation doit satisfaire en l'espèce pour ne rien laisser à désirer. Il faut que la syphilis y soit *démontrée* sur *trois générations successives*, c'est-à-dire sur l'enfant, le père, et le grand-père. Or, alors qu'il est si difficile (j'ai le droit d'en parler par expérience) de mener à bonne fin une enquête qui remonte seulement d'une géné-

ration à la précédente, jugez à quel insuccès presque fatal est vouée une enquête qui doit nécessairement remonter à vingt ou trente ans en arrière! Réunir des documents assez complets pour établir catégoriquement un diagnostic de syphilis sur *trois générations*, c'est presque une impossibilité pratique, réserves faites pour des circonstances de hasard et d'exception qui seules pourront réaliser un tel résultat.

Donc, au total, nous aboutissons à ceci comme conclusion :

C'est que la transmissibilité héréditaire de la syphilis à la seconde génération est un fait possible, rationnellement acceptable en principe, mais dont la démonstration n'a pu encore être irréfutablement établie.

Quant à cette autre question subsidiaire d'une transmission possible de la syphilis des grands parents aux petits-fils avec état indemne de la génération intermédiaire, il nous suffira de dire que c'est là un point bien plus incertain encore que le précédent et sur lequel personne aujourd'hui ne saurait avoir d'opinion.

XXXVI

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT.

Nous venons d'étudier l'hérédité syphilitique quant à ses provenances, ses lois habituelles, ses manifestations, ses modifications possibles sous l'influence de divers facteurs tels que le temps et le traitement, ses conséquences, ses dangers, etc. Il nous reste à l'envisager maintenant au point de vue de la prophylaxie et du traitement ; c'est-à-dire il nous reste à rechercher de quels éléments de sauvegarde nous disposons pour protéger contre elle tous ceux qu'elle menace directement ou indirectement, à savoir : l'enfant, la mère et la nourrice.

Très nombreuses donc, non moins que variées, sont les questions que nous avons encore à aborder.

D'une part, en effet, ces questions répondent à des situations différentes, et, d'autre part, elles concernent des individualités différentes.

Eh bien, pour procéder à leur étude avec méthode et logique, il est, ce me semble, un plan tout naturel qui s'impose. C'est de les suivre dans l'ordre chronologique où elles se présentent. Ainsi feronsnous. Donc, nous allons passer en revue tour à tour les indications prophylactiques auxquelles il convient de satisfaire dans les quatre groupes de situations suivantes :

I. — Avant le mariage;
II. — Après le mariage;
III. — Au cours de la grossesse;
IV. — Après l'accouchement.

I. — *Avant le mariage.*

Quelles indications prophylactiques est appelé à remplir le médecin (en vue de l'hérédité morbide, bien entendu, et seulement à ce point de vue), avant le mariage d'un sujet affecté de syphilis? Tel est le premier point qui se présente naturellement à discuter.

Soit dit à l'avance, c'est exclusivement la syphilis du mari que nous aurons en vue dans ce chapitre et les suivants, le mari étant toujours, à cela près de quelques exceptions rares, l'introducteur de la syphilis au foyer conjugal.

Eh bien, ici, rien que de très simple et de très formel comme devoirs médicaux.

Ce que nous avons à faire, en toute évidence, se résume dans les trois points que voici :

1° Traiter ce futur mari;

2° Faire son éducation relativement aux dangers héréditaires que comporte sa maladie;

3° Lui interdire formellement le mariage jusqu'à l'époque où, de par un ensemble de conditions rassurantes, il sera devenu inoffensif comme père, non moins, bien entendu, que comme époux.

Quelques détails sur chacun de ces trois points.

Premier point. — Celui-ci ne souffre pas discussion. Traiter le malade, c'est, en pareille matière, faire de la prophylaxie héréditaire à la façon dont M. Jourdain faisait de la prose, c'est-à-dire inconsciemment, sans le savoir; c'est même faire la meilleure de toutes les prophylaxies; car, ainsi que nous l'avons vu dans ce qui précède, le traitement constitue le correctif par excellence de l'hérédité syphilitique.

Bornons-nous donc à signaler, sans commentaires, ce premier mode de prophylaxie.

Second point. — Faire l'éducation du malade relativement aux conséquences, aux dangers héréditaires que comporte son état.

S'il m'est permis d'en juger par expérience personnelle, je serai autorisé à dire que cet élément de prophylaxie est souvent négligé en pratique.

Souvent le médecin qui traite un syphilitique se borne à lui prescrire des remèdes contre sa maladie, à le rassurer contre les éventualités de son mal, à lui donner courage et espérance. Rien de mieux que de rester à sa place, sans excéder ses attributions; rien de mieux surtout que de consoler, réconforter et tranquilliser ses malades. Mais, tout en satisfaisant à ces indications majeures, il me semble qu'il en est d'autres en l'espèce, et d'autres qu'il y aurait imprudence grave à méconnaître, à oublier. Et celles-ci, précisément, consistent à éclairer le malade — en choisissant pour cela

l'occasion et le moment opportun — sur son véritable état et sur les dangers que cet état peut entraîner pour autrui quant à la contagion et quant à l'hérédité. Le plus souvent, en effet, les malades que nous avons à traiter de la syphilis sont des jeunes gens, des célibataires, destinés à se marier un jour ou l'autre. Et le strict devoir du médecin, comme médecin, comme hygiéniste, comme homme, le strict devoir du médecin vis-à-vis de la science, vis-à-vis de sa conscience, vis-à-vis de la société, est d'employer ses efforts à conjurer les dangers auxquels son client pourrait exposer autrui, c'est-à-dire, en l'espèce, sa future famille. Or, quel plus sûr moyen d'atteindre ce but que d'ouvrir les yeux au malade sur de pareilles éventualités, et de le faire juge en sa propre cause?

J'insiste. — Je viens de dire que c'est un *devoir*, un devoir professionnel pour le médecin, de faire l'éducation de son client au point de vue des dangers conjugaux ou héréditaires qui peuvent résulter de sa maladie. Eh bien, j'ai à cœur de ne laisser aucun doute en vos esprits sur ce point; et, comme je dispose pour vous convaincre d'un argument péremptoire, décisif, irrésistible, je ne veux pas le laisser échapper.

Cet argument ne viendra pas de moi; je l'emprunterai aux malades, oui, aux malades eux-mêmes, excellents juges en la question, puisque c'est d'eux et de leurs intérêts les plus chers qu'il s'agit. Or, écoutez bien ceci.

Nombre de fois j'ai entendu des malades, cruellement éprouvés dans leur ménage par diverses conséquences de leur syphilis, exprimer leur mécontentement, leurs doléances, leurs récriminations contre leur médecin dans les termes que voici : « Pouvais-je m'attendre à ce qui m'arrive? *Si mon médecin m'avait averti de cela*, s'il m'avait dit que je risquais d'avoir des enfants syphilitiques et des enfants capables d'empoisonner leur mère ou leur nourrice, je ne me serais certes pas marié, ou, du moins, j'aurais attendu le temps nécessaire pour me marier. Mais *on ne m'a rien dit* de tout cela. En définitive, c'est mon médecin qui est responsable de tout ce qui est advenu à ma femme, à mon enfant, à la nourrice de mon enfant. Le coupable, le vrai coupable, c'est lui, le médecin, et non moi. » Etc., etc.... Et je vous fais grâce des épithètes plus que désobligeantes qui accompagnent usuellement, à l'adresse dudit médecin, de semblables récriminations.

Donc, aux yeux mêmes des malades, *le médecin est coupable*, *alors qu'il ne les avertit pas des conséquences possibles de leur maladie*, voilà le fait. Quelle leçon pour nous, et quelle indication formelle du devoir qui nous incombe en pareille situation!

Conséquemment nous obéirons à ce devoir. Impossible de nous y soustraire.

Reste maintenant le *modus agendi*, mais cela

n'est plus que question de tact et d'opportunité.

Il va sans dire qu'il ne s'agit pas ici d'une conférence solennelle à faire à nos malades sur les dangers héréditaires de la syphilis, mais d'une simple conversation qui, pour n'avoir rien que de familier, n'en sera pas moins topique comme déclarations. Il va sans dire également que nous saurons choisir notre moment pour ces déclarations et profiter d'une occasion propice, occasion que d'ailleurs le malade nous fournira de lui-même presque toujours; car il est bien peu de malades syphilitiques que ne préoccupent ces questions d'avenir, de mariage, d'hérédité, et qui ne cherchent à se renseigner près de leur médecin sur ces divers sujets. Nous n'aurons donc le plus souvent qu'à répondre à nos clients, sans avoir même besoin de diriger la conversation sur ce terrain.

Enfin, *troisième point.* — Ne permettre le mariage aux sujets syphilitiques qu'à l'époque où, de par un ensemble de considérations rassurantes, nous jugerons qu'ils sont devenus inoffensifs pour leur femme et leur progéniture.

Si ce précepte était toujours respecté, soyez sûrs que bien plus rares seraient les désastres héréditaires qui jettent la mort et le deuil dans les familles.

Mais j'ai regret à dire que nombre de nos confrères se montrent d'une tolérance singulière pour le mariage des sujets syphilitiques, tolérance que,

pour ma part, je combats et condamne énergiquement. J'ai dans mes notes et je pourrais citer (sans le caractère désobligeant qu'auraient de telles citations) des cas nombreux où l'on a permis le mariage soit à des sujets dont la syphilis ne remontait pas à plus de deux ans, à plus d'un an, voire à huit, six et quatre mois, soit à des sujets n'ayant subi qu'un traitement sommaire et notoirement insuffisant. Ce sont là, à mon sens, des fautes graves, contre lesquelles je ne saurais assez vous prémunir.

En pareille matière, la tolérance, la complaisance d'un médecin vis-à-vis d'un client qui, syphilitique, aspire prématurément au mariage, constitue tout à la fois un malfaisant office en ce qui regarde ce client, et une compromission grave en ce qui concerne le médecin.

Laisser marier un malade qui peut être héréditairement dangereux, c'est-à-dire dangereux pour ses enfants et par ricochet pour sa femme, c'est l'engager ou le laisser s'engager dans une situation des plus périlleuses, des plus fécondes en scènes douloureuses, humiliantes, désastreuses. Car, voyez les conséquences possibles d'un tel état de choses :

1° Cet homme pourra engendrer des enfants qui ne verront même pas le jour, ou bien qui mourront à peine nés, ou bien qui apporteront en naissant la maladie de leur père;

2° Cet homme, en plus, pourra, de par ses enfants (sans parler même des risques d'une con-

tamination directe), infecter sa femme. Quel cadeau de noces à une jeune mariée !

Et encore je laisse de côté d'autres conséquences qu'une telle situation peut entraîner à sa suite, comme l'infection d'une nourrice, par exemple.

Croyez-moi sur parole, messieurs. Pour avoir assisté déjà bien des fois à des scènes, à des *drames* domestiques de ce genre, je déclare ne rien connaître de plus pénible, de plus navrant, de plus lamentable, que la situation d'un homme qui a importé la vérole dans son jeune ménage, que la situation de cet homme :

1° Vis-à-vis de sa femme, qui se désole et qui pleure, sans rien comprendre à ce qui se passe ou plutôt en s'efforçant de n'y rien comprendre ;

2° Vis-à-vis d'une nouvelle famille qui, elle, comprend, juge, et ne pardonne pas ;

3° Vis-à-vis d'un enfant qui végète misérablement, chétif, étiolé, vieillot, immonde, et qui, au lieu d'être ce « bébé rose » rêvé des familles et des mères, n'est pour tous, voire pour ses proches, qu'un objet de dégoût et d'horreur ;

4° Parfois, enfin, vis-à-vis d'une nourrice contaminée qui, elle, parle haut, menace, fait scandale, et divulgue le triste secret d'une famille, etc.

Représentez-vous bien une telle scène, messieurs, et jugez quelle doit être la douleur, quel doit être le supplice de l'homme à qui de telles désolations restent imputables.

Mais, d'autre part, ne quittez pas des yeux, je

vous en prie, la scène en question sans vous demander quelle responsabilité revient ici au médecin qui a permis ce mariage prématuré. Quoi! Ce médecin connaissait, il devait par métier connaître les conséquences possibles d'une telle union, et il n'a pas mis son *veto* à cette union, et il n'a pas protégé son client contre d'aussi terribles éventualités! S'il n'est pas l'auteur de ces catastrophes, tout au moins est-il coupable, par sa complaisance ou par son imprudence, de les avoir laissées se produire.

Est-ce assez vous dire, messieurs, le rôle que vous êtes appelés à jouer en semblable occurrence, non moins que la responsabilité qui dérive pour vous d'un tel rôle?

Est-ce assez vous dire qu'il y a pour vous, médecins, un véritable *devoir professionnel* à remplir en vous efforçant de prémunir vos malades contre les dangers d'une telle situation, c'est-à-dire en leur interdisant le mariage d'une façon absolue et formelle jusqu'à l'époque où les risques de semblables dangers n'existeront plus?

Voilà pour les indications auxquelles il nous faut obéir dans la première des quatre situations que nous avons à envisager. Examinons maintenant la seconde.

II. — *Après le mariage.*

La situation a changé. Le célibataire de tout à l'heure est devenu mari. Mais, ce qui n'a pas changé, c'est son état de syphilis, avec les dangers héréditaires qu'il comporte.

Dans cette situation nouvelle, quelles indications se présentent à remplir, toujours au point de vue et au seul point de vue dont nous poursuivons l'étude, c'est-à-dire en tant que prophylaxie héréditaire?

Ici encore rien que de très simple. — Trois choses à faire :

1° Plus que jamais ouvrir les yeux à ce malade sur les dangers dont il a assumé la responsabilité en se mariant avant l'heure, à savoir : dangers pour sa femme (tant au point de vue d'une contagion directe qu'à celui d'une contamination par grossesse), et dangers héréditaires pour ses enfants. — Cela va de soi; inutile donc de commenter ce premier point.

2° Traiter ce malade et le traiter énergiquement, de façon à couper court le plus vite possible aux dangers en question, de façon à étouffer au plus tôt les germes de contagion et d'hérédité que ce malade porte en lui; — c'est-à-dire, au total, faire après le mariage ce qui aurait dû être fait avant le mariage, mais le faire de manière (passez-moi l'expression) à rattraper le temps perdu. Je précise.

Dans les conditions les plus habituelles où l'on est appelé à traiter la syphilis, c'est-à-dire sur un jeune homme, sur un garçon, on peut se contenter d'une médication douce, circonspecte, ménagée, contenue; en d'autres termes, on peut aller lentement, patiemment, parce qu'on a du temps devant soi. Mais, dans les conditions spéciales qui nous occupent, le cas est tout différent. Ici, il y a urgence à conjurer des dangers imminents; l'indication est donc d'*aller vite* et de *frapper fort*, si je puis ainsi parler; et cela pour sauvegarder la femme, voire peut-être l'enfant. En conséquence, il convient d'agir en l'espèce comme dans les cas où l'on se trouve en face d'accidents spécifiques graves qu'il importe d'enrayer promptement.

En un mot, sans dépasser une juste mesure, instituez, dans ces conditions, un traitement vigoureux, énergiquement répressif; instituez ce qu'on appelle, dans le langage à la mode, le *traitement intensif* de la vérole. Telle est, me semble-t-il, une règle de conduite non pas seulement rationnelle, mais nécessaire[1].

3° Enfin, interdire pour l'instant la paternité à ce malade, et cela d'une façon absolue, formelle.

Il est à croire que votre client n'a pas notion ou ne se rend qu'un compte très incomplet des résultats néfastes qui pourraient succéder à une gros-

1. Pour de plus amples détails, voir *Syphilis et mariage*, p. 234 et suiv.

sesse survenant dans les conditions où il se trouve. C'est donc à vous de l'éclairer à ce sujet, et de l'éclairer *in extenso*, de façon « à ce qu'il n'en ignore », comme disent les gens de justice, et à ce qu'il règle sa conduite en pleine connaissance de cause, dûment édifié sur la situation.

Intimez donc cette prohibition spéciale à votre client, en la motivant d'une façon catégorique et sur des considérants des plus clairs. « Et surtout, monsieur, lui direz-vous, dans les conditions où vous vous trouvez actuellement, c'est-à-dire non guéri de votre syphilis, n'allez pas courir le risque d'avoir un enfant. *Pas d'enfant* jusqu'à nouvel ordre, vous m'entendez bien ; évitez à tout prix que votre femme ne devienne enceinte !

« Car, d'une part, l'enfant qu'elle recevrait de vous pourrait soit hériter de votre maladie (ce dont vous jugez l'effet dans votre nouvelle famille), soit même (ce qui serait bien pis encore) mourir avant de naître, ou naître syphilitique pour mourir peu de temps après sa naissance. — Et, d'autre part, il ne serait pas impossible que votre femme fût infectée par cet enfant, c'est-à-dire reçût de lui la syphilis qu'il aurait reçue de vous.

« Donc, une fois encore, arrangez-vous pour ne pas devenir père quant à présent. »

Et libre alors à vous d'insister au besoin, et d'ajouter un complément d'instructions, si vous le jugez nécessaire d'après l'attitude de votre client ; libre à vous, comme l'a dit spirituellement M. Diday,

« de vous faire professeur jusqu'au bout, professeur toujours décent, mais suffisamment clair. »

III. — *Au cours de la grossesse.*

Cette nouvelle situation n'est que la situation précédente, mais avec une complication, une grave complication en plus, à savoir une grossesse.

Votre client de tout à l'heure, je suppose, vous a désobéi; il s'est oublié, et voilà sa femme enceinte.

Comptez que, l'oreille basse, contrit et repentant, il va bientôt accourir vers vous et réclamer votre secours dans ce péril nouveau.

Ici, messieurs, nous sommes en pleine pratique. Voilà une situation ou plutôt un ordre de situations qu'avec des variantes diverses vous rencontrerez maintes fois dans l'exercice de votre art; voilà une consultation qui vous sera maintes fois demandée, vis-à-vis de laquelle il importe que vous soyez préparés, pour laquelle vous devez avoir votre plan de campagne élaboré, médité, organisé à l'avance. Donc, je ne craindrai pas d'entrer ici dans les détails et de vous décrire la scène comme elle se présente usuellement en pratique.

A cela près de quelques détails secondaires, c'est toujours la même histoire. Un jeune homme a contracté la syphilis. Il s'en est traité tant bien que mal,

et *mal* plus souvent que bien. Aucun accident ne se produisant plus, il s'est cru guéri et n'a plus pensé à sa maladie. — Un mariage, sur ces entrefaites, lui a été proposé; il l'a conclu sans songer au passé. — Puis, quelques mois après, sa femme lui a glissé à l'oreille une heureuse nouvelle; elle s'est sentie mère. — Et alors, règle presque générale, se produit le curieux phénomène psychologique que voici : cet homme, qui a traité si légèrement sa syphilis quand il était garçon, qui ne s'en est pas même soucié au moment de son mariage, cet homme est envahi tout à coup par le souvenir de sa maladie comme par un remords; il ne pense plus qu'à cela, depuis l'instant où il a appris sa paternité prochaine; il devient troublé, anxieux, car il a entendu dire que les enfants des syphilitiques « tournent mal » quelquefois, qu'ils « naissent avec la maladie de leur père », qu'ils « ne voient souvent le jour que pour mourir », etc. Puis, finalement, il n'y tient plus; il accourt chez un médecin, chez l'un de vous, par exemple, et lui conte son histoire, en ne manquant jamais de terminer par cette question qui le préoccupe, qui l'agite, qui ne lui laisse plus de repos :

« Y a-t-il quelque chose à faire pour que mon enfant n'hérite pas du mal qu'il pourrait tenir de moi? »

Eh bien, je suppose que du récit qui vient de vous être fait il résulte pour vous que cet homme était encore en état de syphilis au moment où il a procréé son enfant, et que, par conséquent, il y a

des risques pour que cet enfant subisse l'hérédité paternelle. Dans ces conditions (je reprends la question même du père), y a-t-il quelque chose à faire pour cet enfant? Est-il quelque sauvegarde que vous puissiez lui conférer? — C'est là ce qu'il nous faut discuter actuellement.

En toute évidence, si nous pouvons quelque chose en faveur de l'enfant, dans cette situation toute spéciale, ce ne saurait être qu'en agissant sur la mère; car nous ne pouvons atteindre l'enfant, le fœtus (pour mieux dire), que médiatement et par l'intermédiaire de la mère. D'autre part, si nous pouvons quelque chose pour l'enfant, ce ne saurait être que grâce au traitement spécifique. Conséquence : faut-il donc prescrire le traitement spécifique à la mère en vue du fœtus?

En sorte, vous le voyez, que la question à résoudre se transforme en celle-ci :

Faut-il ou non soumettre au traitement spécifique une femme enceinte d'un enfant qui, issu d'un père en état de syphilis, court le risque de subir l'hérédité paternelle?

Or, cette question est de celles auxquelles il est impossible de répondre catégoriquement par oui ou par non; et cela, parce que, dans sa grande généralité, elle embrasse des cas différents, susceptibles de solutions différentes.

Il est tel ordre de cas, pour le dire à l'avance, où, de l'avis unanime, le traitement de la mère

devra être institué; — il est tels autres cas où, de l'aveu commun également, ce traitement serait superflu; — et il en est d'autres, enfin, sur lesquels les opinions pourront être divisées, sur lesquels même la science n'est pas actuellement fixée.

Force nous est donc ici de diviser les cas comme les divise la pratique, et de rechercher pour chaque ordre d'entre eux la solution qui lui est rationnellement et empiriquement applicable.

Eh bien, une dichotomie s'impose aussitôt en l'espèce, dichotomie très naturelle, puisqu'elle est basée sur l'état syphilitique ou non syphilitique de la mère. Vous allez me comprendre.

Consultés dans les conditions susdites, c'est-à-dire par un père syphilitique qui vient nous dire : « Ma femme est enceinte, et, de par mes antécédents personnels, j'ai peur pour mon enfant; est-il quelque chose à faire pour lui? »; consultés, dis-je, dans ces circonstances, nous demanderons tout d'abord et tout naturellement à examiner la mère, c'est-à-dire la femme de notre client.

Et alors, de deux choses l'une, forcément :

Ou bien nous trouverons cette femme absolument indemne, au point de vue syphilitique;

Ou bien nous la trouverons affectée de syphilis — et cela même quelquefois à son insu —, soit qu'elle ait été infectée directement par son mari, soit qu'elle tienne la contagion de son enfant, c'est-à-dire qu'elle ait été infectée par conception.

Il est évident que, dans ces deux ordres de cas, les indications à remplir vis-à-vis de l'enfant reposent sur des données très différentes.

Eh bien, examinons tour à tour ces deux alternatives; et, tout naturellement, débutons par la plus simple, celle où le *quid agendum* ne saurait donner lieu à discussions, celle (vous l'avez désignée à l'avance) où la future mère se trouve en état de syphilis.

I. — Donc, voici la situation dans un premier groupe de faits :

Le père est syphilitique; — la femme est enceinte de fraîche date; — et, appelés à l'examiner, nous avons constaté qu'elle était en état de syphilis (n'importe d'ailleurs que cette syphilis dérive d'une contamination directe ou d'une infection conceptionnelle, c'est tout un).

Qu'avons-nous à faire dans ce cas, en vue de l'objectif que nous poursuivons, à savoir : la sauvegarde de l'enfant?

Ici, la réponse est toute simple et s'impose.

En toute évidence, *il faut traiter la mère.*

A tous égards, l'indication est de la traiter; — de la traiter et pour elle-même, d'abord (cela va sans dire); — et pour son enfant, qui est doublement menacé, à savoir : menacé de par l'hérédité paternelle, et menacé de par l'état syphilitique de sa mère.

Certes, en pareille situation, les dangers encourus

par l'enfant sont des plus graves, puisque, indépendamment de l'hérédité paternelle qui est à redouter pour lui, l'enfant se trouve sous le coup de l'infection maternelle, laquelle est infiniment plus nocive que celle du père (nous l'avons vu par ce qui précède), laquelle, en outre, se montre particulièrement pernicieuse alors qu'elle est de date récente. Mais qu'importe? La situation est critique, des plus critiques; raison de plus pour lutter.

Et d'ailleurs, même en pareille occurrence, tout n'est pas absolument désespéré. Car, de par l'expérience, il n'est pas impossible — il n'est pas impossible, je ne dis rien de plus — que le traitement conjure un désastre complet. En d'autres termes, il n'est pas impossible que, soumise pendant la gestation à un traitement actif, la mère donne le jour à un enfant vivant et viable, voire à un enfant qui restera indemne de tout accident syphilitique.

Ainsi :

1° Maintes fois, en pareil cas, j'ai obtenu de la médication spécifique ce premier et inestimable succès de *prévenir l'avortement*, d'amener la grossesse à terme. L'enfant né dans ces conditions, il est vrai, n'échappait pas à la syphilis; mais il naissait viable, résistant, susceptible de tolérer la médication spécifique, susceptible en un mot de vivre avec la syphilis et de guérir de cette syphilis par un traitement ultérieur.

De cela les exemples sont assez nombreux pour que toute citation particulière soit superflue.

2° Mieux encore. — On a vu, même en pareille circonstance, des enfants *naître sains*, naître indemnes (au moins en apparence) de tout symptôme syphilitique.

Exemple :

Un jeune homme se marie en pleine période secondaire, malgré l'avis de son médecin. Cinq mois plus tard, sa femme devient enceinte. Au deuxième mois de sa grossesse elle m'est amenée, et je constate sur elle des accidents spécifiques aussi manifestes, aussi indubitables que possible. — Je la traite alors énergiquement, et je poursuis la médication pendant toute la durée de la gestation. — Qu'arrive-t-il? C'est que j'ai le bonheur, d'abord, d'amener la grossesse à terme, et qu'en outre l'enfant naît sain, bien portant, presque moyen comme développement. Puis, il continue à vivre, et il reste exempt de toute manifestation spécifique. Je l'ai observé minutieusement pendant quinze mois environ (au delà desquels je l'ai perdu de vue), et je puis garantir que, durant toute cette période, il n'a pas présenté le moindre symptôme suspect.

De même, M. le docteur Langlebert a relaté un fait presque identique[1].

Des succès de ce genre, obtenus dans des condi-

1. Voici ce fait : « Mme X..., dit M. le Dr Langlebert, se maria en novembre 1869 avec un de mes clients que je traitais depuis quelques mois pour une syphilis constitutionnelle.... Elle devint immédiatement enceinte, et dut contracter presque aussitôt la

tions aussi défavorables, sont bien faits, à coup sûr, pour encourager le médecin et lui indiquer, lui imposer la ligne de conduite à suivre en pareille circonstance.

Donc, nulle hésitation possible. Dans l'ordre de cas que nous étudions, l'indication à remplir est aussi simple que formelle et absolue. Elle n'est même pas discutable, puisque l'état de syphilis de la mère implique pour elle la nécessité d'un traitement. Par conséquent la question, en ce qui concerne la sauvegarde de l'enfant, se trouve jugée par ce fait même qu'un traitement est indispensable à la mère.

Traiter la mère en pareil cas est donc la solution

maladie de son mari, car elle achevait à peine le troisième mois de sa grossesse qu'une roséole confluente lui couvrait le corps. Des croûtes noirâtres disséminées sur le cuir chevelu, une alopécie très prononcée, une adénopathie cervicale, des plaques muqueuses amygdaliennes de forme ulcéreuse, tout en un mot semblait indiquer chez elle le début d'une syphilis assez grave, qu'elle devait fatalement transmettre à son enfant, si toutefois cet enfant voyait le jour, ce qui paraissait alors bien peu probable. Je prescrivis aussitôt à Mme X... des pilules de sublimé; plus tard je la soumis à l'usage de l'iodure de potassium, tout en continuant le mercure. La grossesse suivit régulièrement son cours; et, vers la fin d'août 1870, Mme X... accoucha d'une fille assez chétive, mais bien portante, qu'elle nourrit elle-même, d'après le conseil que je lui avais donné... Or, cette enfant n'a pas cessé un seul instant de se bien porter. Elle n'a rien eu sur le corps, ni taches, ni boutons, ni le moindre symptôme d'apparence suspecte. Aujourd'hui elle a un peu plus de deux ans; elle est grande, bien développée, et se porte à merveille. Elle a donc échappé à la syphilis; et ce résultat, elle le doit au traitement, qui seul a pu la préserver d'une infection que l'état de sa mère, durant la gestation, devait rendre fatale, inévitable. » (*La syphilis dans ses rapports avec le mariage*, p. 237.)

qui s'impose indirectement, pour le plus grand bien de l'enfant.

Elle est même si simple, cette solution, qu'on serait tenté de la considérer comme naïve. Eh bien, ne vous y trompez pas, pour y arriver il a fallu le travail, les discussions et l'expérience de près de quatre siècles. C'est une solution qui, pour avoir été entrevue, défendue même par quelques esprits indépendants des siècles passés, a été tenue en échec par les préjugés et la routine jusqu'à une époque presque voisine de la nôtre. C'est une solution toute moderne, dirai-je.

Et, en effet, la doctrine ancienne était de *ne pas traiter les femmes syphilitiques en état de grossesse.* De parti pris et au nom des principes, on ne les traitait pas, parce que l'on considérait le mercure comme « un abortif » ; tout au plus les plus hardis consentaient-ils à les traiter « quand une grossesse un peu avancée semblait pouvoir donner l'espérance qu'elle résisterait à l'action abortive du mercure ». Si bien que, lorsqu'une malheureuse syphilitique en état de grossesse venait implorer le secours de son médecin, celui-ci se bornait à lui donner le peu consolant avis « qu'on ne pouvait rien pour elle quant à présent, et qu'elle eût à patienter jusqu'à une époque voisine de son accouchement, voire jusqu'après son accouchement ».

A ce point de vue, une observation que nous a léguée Mauriceau est des plus curieuses et des plus

instructives, parce qu'elle traduit avec une vérité photographique l'état des esprits et des doctrines médicales à l'époque où exerçait le grand accoucheur. La voici, en abrégé :

Une jeune femme de vingt ans, ayant eu « la maladie vénérienne », était accouchée avant terme d'un enfant mort et « tout pourry de vérole ». — Devenue enceinte une seconde fois en l'an 1660, elle fut prise, vers le troisième mois de sa grossesse, « de quantité d'ulcères très malins sur tout le corps et particulièrement aux deux mamelles ». Appréhendant que lesdits ulcères ne se convertissent en *cancer* avant qu'elle eût atteint le terme de sa grossesse et voulant porter son enfant à bien, elle résolut de « *risquer sa vie* » en cet état pour se faire traiter. « Elle communiqua donc son dessein à trois ou quatre chirurgiens, ne leur célant pas qu'elle était grosse, lesquels ne voulurent jamais la traiter pour ce sujet, nonobstant qu'elle les en requît, et qu'elle leur promît de bien les payer. Chacun d'eux luy dit que sa conscience y serait engagée, s'il le faisait en l'état qu'elle estait, et qu'il serait bien à propos qu'elle *patientât* au mieux qu'elle pourrait jusques à ce qu'elle fût accouchée; après quoy ils l'entreprendraient volontiers ». Si bien que, voyant qu'elle ne trouverait personne pour la traiter dans l'état où elle se trouvait, elle prit le parti de s'adresser à un autre chirurgien, auquel elle *dissimula soigneusement sa grossesse* « qui, pour n'estre que de trois mois, ne paraissait

presque pas pour lors ». Celui-ci, trompé, la traita en la manière ordinaire, la fit saliver, et la guérit.... « Aussi, quand elle vint à l'Hôtel-Dieu pour y faire ses couches, je l'accouchay à terme d'un enfant sain, aussi gros et gras, et aussi sain que si sa mère n'eût jamais eu en tout son corps aucune tache de cette maladie[1], etc.... »

Ainsi, en 1660, une femme syphilitique ne trou-

1. Et l'éminent accoucheur ajoute :

«... Cet exemple, qui est très véritable, nous fait connaître qu'on peut bien traiter de la vérole la femme grosse..., car c'est sans contredit que, si cette femme n'en eût été pansée, elle eût accouché cette seconde fois d'un enfant corrompu, comme elle avait fait la première. Récitant un jour cette histoire à un chirurgien de mes amis, il me dit qu'il avait aussi vu la mesme chose réussir à deux différentes personnes, qui en avaient été fort bien guéries, dont les enfans estaient pareillement bien venus à terme, sans avoir eu dans tout leur corps aucune impression de ce venin. Et je suis témoin oculaire de trois autres différentes femmes grosses, que MM. de la Bastie et Ruffin, mes confrères, ont traitées de la sorte, lesquelles ont esté pareillement bien guéries et sont accouchées heureusement d'enfants qui se portaient bien.

«... Je sçay bien que plusieurs personnes auront de la peine à se persuader non seulement qu'il soit possible de guérir une femme de la vérole pendant qu'elle est grosse, mais aussi qu'elle et son enfant en puissent supporter les remèdes, sans les exposer l'une et l'autre au *danger presque inévitable de la mort ;* néanmoins les expériences que j'en ay vues font que je ne suis pas de leur sentiment.... Il est aisé de se persuader que les femmes peuvent bien résister à ces remèdes quoique grosses, puisque nous en voyons très souvent avoir des fièvres continues pendant des douze et quinze jours, et d'autres maladies aiguës, pour raison de quoy elles sont saignées des neuf et dix fois et usent de plusieurs autres remèdes selon que la nécessité le requiert, lesquelles, nonobstant tout cela, ne laissent pas quelquefois de porter leur enfant jusqu'à terme et d'en accoucher aussi heureusement que si elles n'avaient eu aucun accident. » (Mauriceau, *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*, 3e édit., 1691, p. 174 et suiv.)

vait pas un chirurgien pour la traiter par ce fait même qu'elle était enceinte !

Il est vrai, soit dit à la décharge de nos arrière-aïeux, que, deux siècles plus tard, en 1840, un chirurgien éminent soutenait à la tribune de l'Académie de médecine la néfaste doctrine d'après laquelle « la syphilis abandonnée à elle-même ne serait pas une cause d'avortement aussi puissante qu'on le croit, et que l'avortement se produit surtout sur les femmes traitées par le mercure ! »

Aujourd'hui, nous sommes bien loin, heureusement, de ces vieilles erreurs qui n'ont plus qu'un intérêt historique. Mais vous voyez s'il a fallu du temps pour en finir avec elles. C'est notre époque seulement, à savoir la seconde moitié du XIX[e] siècle qui en a fait définitivement justice. C'est de nos jours seulement qu'il a été dûment établi que le mercure, loin d'être un abortif, constitue bien au contraire l'agent prophylactique par excellence de l'avortement[1]. C'est de nos jours seulement — réserves toujours faites en l'honneur de quelques esprits éminents qui ont présagé autrefois cette révolution en véritables éclaireurs du progrès, tels, par exemple, que Mauriceau, Bertin[2] et d'autres,

1. Que d'autorités n'aurais-je pas à invoquer sur ce point ! — V. *Syphilis et mariage*, 2[e] édit., p. 308.

2. «... Un traitement antivénérien, prudemment administré, *ne produit pas l'avortement*, comme l'ont prétendu quelques médecins. Il a lieu plus fréquemment, au contraire, chez des femmes affectées de vérole invétérée et abandonnées à elles-mêmes, ou chez des femmes auxquelles une constitution cachectique et un état fébrile ne permettent pas d'administrer le mercure.... En traitant

— c'est, dis-je, de nos jours seulement que s'est accréditée, répandue, vulgarisée, la bienfaisante doctrine d'après laquelle une femme syphilitique en état de grossesse *doit être traitée*, doit être traitée tout comme si elle n'était pas en état de grossesse, et que, bien plus même, elle doit être d'autant plus scrupuleusement et religieusement traitée qu'elle représente, si je puis ainsi dire, deux malades à guérir, deux existences à sauvegarder.

XXXVII

II. — Jusqu'ici nous n'avons pas rencontré sur notre route d'embarras sérieux, et cela parce que les indications à remplir ont toujours reposé sur des faits précis, sur des situations nettement déterminées. Mais de graves difficultés vont surgir actuellement, et pour une raison opposée, avec la

les femmes enceintes, on guérit souvent la mère et l'enfant tout à la fois.... On ne peut, sans doute, nier que l'avortement de plusieurs femmes enceintes n'ait lieu quelquefois pendant le traitement mercuriel; mais il est plus souvent l'effet de la maladie que du mercure. En effet, l'observation m'a prouvé que les femmes enceintes infectées faisaient plus fréquemment des fausses couches lorsqu'elles n'étaient soumises à aucun traitement que lorsqu'elles étaient traitées pendant leur grossesse. » Etc., etc. (*Traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés, les femmes enceintes et les nourrices*, Paris, 1810)...

V., pour l'historique de la question, Le Grand, *La Syphilis cause d'avortement*, Thèses de Paris 1889.

seconde des deux alternatives que nous avons à envisager.

Cette seconde alternative, à vous la rappeler sommairement, est la suivante :

Un homme s'est marié en état de syphilis. — Sa femme est enceinte de fraîche date. — Nous avons examiné cette femme avec un soin minutieux, et nous l'avons trouvée saine, absolument indemne de toute tare syphilitique. — Dans ces conditions, le mari nous demande s'il est ou non quelque chose à faire pour conjurer les dangers que son état de syphilis pourrait introduire dans son ménage. Qu'allons-nous lui répondre ?

Vous préjugez de suite les embarras de la situation.

D'une part, deux dangers possibles : — danger d'hérédité paternelle pour l'enfant ; — et danger, pour la mère, d'infection conceptionnelle[1].

D'autre part, possibilité très réelle que ces deux dangers ne se réalisent pas, n'existent pas. Car : 1° l'hérédité paternelle est bien loin d'être fatale ; elle n'est même pas très fréquente, comme nous l'avons vu par ce qui précède ; — et 2° l'infection de la mère par l'enfant constitue une éventualité qui, pour être absolument authentique, ne laisse pas que de faire défaut en nombre de cas.

Puis, au point de vue de l'intervention médi-

1. Je ne parle pas ici, bien entendu, des risques de contamination directe de la femme par le mari, car cela reste en dehors du sujet dont je poursuis ici l'étude.

cale, notez les difficultés d'une résolution à prendre, d'un plan de campagne à adopter. Car :

Ne pas agir, ne rien faire, c'est laisser aller les choses à vau-l'eau, c'est laisser aux deux éventualités en question toute liberté de se produire, c'est notamment exposer le fœtus à la mort;

Et *agir* (à savoir, traiter la mère), c'est mettre en œuvre assurément un moyen puissant pour conjurer lesdites éventualités, mais c'est se heurter en même temps à des difficultés d'application des plus sérieuses. — Discutons ce point en détail, car c'est là affaire de pratique par excellence, et vous comprenez quels intérêts majeurs s'y rattachent.

Certes, traiter la mère, c'est, comme je le disais à l'instant, mettre en œuvre un moyen des plus efficaces pour parer à tous les dangers que l'on redoute. Et, en effet, l'influence corrective du traitement n'a-t-elle pas été mille fois démontrée relativement à l'hérédité spécifique? N'a-t-on pas vu, par exemple, le traitement administré à la mère durant la grossesse couper court à une série d'avortements ou de naissances d'enfants syphilitiques? Donc, l'intervention du traitement se présente et s'impose en l'espèce comme une indication des plus formelles. C'est là, bien sûrement, une ressource bienfaisante que le médecin serait coupable de méconnaître et de négliger.

Mais, d'autre part, cette intervention préventive ne va-t-elle pas comporter en pratique des diffi-

cultés d'application et des difficultés majeures? Car, enfin, si nous nous décidons à y recourir, c'est une femme *saine*, notez bien ceci, une femme *saine* que nous allons traiter. Or, sous quel prétexte proposer à cette femme et lui faire accepter un traitement dont elle ne se sent nul besoin, puisqu'elle n'a rien, puisqu'elle n'éprouve rien de morbide, rien d'anormal? Il nous faudra donc, de trois choses l'une :

Ou bien la traiter sans qu'elle le sache;

Ou bien la tromper sur la nature du traitement qui lui sera prescrit. — Mais, dans l'une et l'autre de ces alternatives, le traitement sera-t-il bien sérieux, sera-t-il ce qu'il doit être?

Ou bien, enfin, avouer la situation à cette femme, lui faire une confession complète ou à peu près complète; dernier parti qui, à mon sens, serait le plus sage et le plus digne, mais auquel le mari ne se prêtera guère.

Et, en fin de compte (car il faut toujours en revenir là), est-il bien sûr que cette intervention préventive, si difficile d'application, ne sera pas sans objet? N'allons-nous pas faire là une besogne non moins inutile que désagréable pour tout le monde? Et cela peut-être pour un résultat auquel aboutirait tout aussi bien l'expectation pure et simple.

Telle est la série de considérations, de projets et de contre-projets, que tout médecin, en face d'une situation de ce genre, agite en son esprit. Perplexe,

tout médecin cherche sa voie en pareille occurrence, se demandant ce qu'il doit faire, ce qui est à faire, quel est le parti le plus profitable aux intérêts qui lui sont confiés.

Et, plus que tout autre, je conçois et excuse ces hésitations, ces incertitudes, pour les avoir éprouvées moi-même plus d'une fois.

D'autant qu'en l'espèce la science n'est pas faite, peut-on dire. D'autant que vainement vous interrogeriez les ouvrages classiques sur les diverses questions de pratique que nous étudions en ce moment ; d'autant que vainement vous y chercheriez des solutions précises et catégoriques. Dans la plupart des traités de pathologie, même des traités spéciaux, ces questions ne sont même pas posées, réserves faites toutefois pour le *Dictionnaire Encyclopédique*, où MM. Paul et Émile Diday ont consacré à divers problèmes annexes de la syphilis un excellent article que j'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion de vous citer.

Et, à défaut des classiques, si vous interrogiez, comme je l'ai fait, l'opinion publique, vous la trouveriez singulièrement *hésitante* sur ce sujet. J'ai tenté l'expérience pour ma part, et sur une large échelle. Voici comment. J'ai institué une sorte d'enquête sur la matière, en consultant une foule de médecins, de collègues, d'amis, et je suis arrivé à ce résultat que tous les partis, toutes les solutions possibles ont leurs défenseurs et leurs adversaires. C'est ainsi que certains de nos confrères (à vrai

dire, de beaucoup les moins nombreux) se prononcent résolument en l'espèce pour l'opportunité d'un traitement préventif, et cela dans tous les cas : « Que risque-t-on? disent-ils. D'être inutile, pas davantage, car le traitement spécifique est si bien toléré »; — que d'autres répugnent non moins formellement à cette pratique, à ce « traitement d'aventure », comme ils l'appellent, et se contentent d'attendre les événements, « de courir la chance »; — que la plupart enfin n'ont pas d'opinion faite, expriment leurs regrets de n'en pas avoir, de ne « pouvoir en avoir », et, somme toute, restent indécis, flottants entre les deux partis contraires.

Alors qu'à propos de mes études sur le mariage des sujets syphilitiques j'avais eu déjà à m'occuper de ces délicates questions, je n'avais pas manqué de faire appel à l'opinion de mon illustre maître, de mon vénéré et si regretté maître, l'homme du siècle qui, à coup sûr, s'est trouvé le plus souvent aux prises avec les difficultés de ce genre, et dont la vaste expérience était toujours si précieuse à consulter. J'étais donc allé m'entretenir longuement avec M. Ricord de ce sujet spécial, et je l'avais trouvé, lui aussi, hésitant, incertain, reculant devant un arrêt formel : « Il me serait impossible, me répondit-il en substance, de donner une solution catégorique à la grave question que vous me posez et qui m'a vivement préoccupé, moi aussi, de vieille date. Toutefois, d'après ce que j'ai vu, j'ai été conduit à croire qu'en somme le parti de l'ab-

stention, de l'expectation, est ce qu'il y a de plus sage en l'espèce.... Quel que soit mon désir de sauver une situation compromise, je répugne à *agir au hasard*, à tenter une campagne d'aventure. Je répugne à soumettre au traitement mercuriel une jeune femme qui n'a rien de syphilitique quant à présent, qui peut bien, elle et son enfant, avoir échappé à la vérole, et qu'un traitement d'ailleurs ne sauverait peut-être pas de la vérole, si elle avait à la recevoir.... Je ne condamne pas cependant, je n'ai pas le droit de condamner le parti contraire, qui a pour base une intention certainement rationnelle non moins qu'une prévoyance salutaire.... C'est à l'expérience à décider. Mais, quant à présent, j'avoue que mes préférences sont pour la doctrine expectante; et, si un cas de ce genre s'offrait à moi aujourd'hui, je me tiendrais sur la réserve, plutôt que d'agir dans le vague et de tirer au jugé. »

Quant à moi, je n'éprouve aucun embarras pour avouer que j'ai longtemps flotté d'une opinion à l'autre, en cherchant mes inspirations dans les données de la clinique, mais que l'expérience m'a rapproché et tend à me rapprocher de plus en plus du parti de l'intervention, j'entends de *l'intervention rationnelle et motivée*.

Au surplus, je vous dois des explications à ce propos. La question est majeure, pratique au plus haut sens du mot. Donc, je n'ai pas à craindre de vous y arrêter, pour vous dire ce que j'en ai appris

par apprentissage personnel et pour préciser les indications qui, à mon sens, doivent diriger en pareil cas la conduite du médecin[1].

Tout d'abord, je suis absolument de l'avis de Ricord sur un point préalable. C'est qu'en l'espèce *il n'est pas de loi générale à formuler*. Il n'est pas possible, il n'est permis à personne, je crois, de se prononcer pour ou contre l'expectation, pour ou contre l'intervention. Une solution *unique* ne peut être donnée à la question, car cette solution ne saurait s'appliquer à tous les cas. Loin de généraliser, il faut au contraire *particulariser* dans les situations de ce genre, en s'efforçant de satisfaire aux conditions et aux indications de chaque cas individuellement. Ici, l'abstention devra être la règle; ailleurs, au contraire, l'intervention sera de rigueur.

Cela posé en principe, je ferai immédiatement ma profession de foi en faveur de l'intervention, non pas, bien entendu, de l'intervention *quand même*, mais, comme je vous le disais à l'instant, de l'intervention *rationnelle* et *motivée*. D'après ce que j'ai vu, comme aussi d'après les témoignages de nombre de nos confrères en accouchements que

1. Quelques-unes des pages qui précèdent ou qui vont suivre sont empruntées à mon livre sur *Syphilis et mariage*. On me pardonnera cette répétition si l'on veut réfléchir à ceci, que les questions d'hérédité et de mariage sont étroitement connexes en plus d'un point, et qu'il est parfois impossible de les diviser, surtout comme applications pratiques.

je me suis plu bien souvent à interroger sur ce point, je crois ceci : que l'intervention préventive peut être plus utile qu'on ne le suppose généralement ; — qu'elle doit être érigée en ligne de conduite toutes les fois qu'elle se trouve motivée par quelque considération sérieuse ; — qu'elle est formellement indiquée en certains cas.

Mais, encore une fois, il n'est rien d'absolu en l'espèce, et la conduite à tenir reste et doit toujours rester soumise aux *indications*. Je précise.

Ainsi, tout d'abord, je trouve une indication et une indication formelle, impérative, à l'intervention dans la circonstance rétrospective de plusieurs grossesses qui se sont déjà terminées d'une façon malheureuse, c'est-à-dire soit par avortement ou accouchement prématuré, soit par naissance d'enfants chétifs et étiolés qui se sont rapidement éteints, soit par naissance d'enfants dûment syphilitiques.

Exemple. Vous êtes mandés, je suppose, dans une famille où vous trouvez un mari syphilitique et une femme enceinte, indemne de syphilis. Enquête ouverte sur les grossesses antérieures, vous apprenez que cette femme a déjà fait une, deux, trois fausses couches, et cela sans cause ; — ou bien qu'elle a amené à terme un, deux, trois enfants qui sont morts en bas âge, et morts sans maladie particulière, par débilité native, épuisement, consomption, etc. ; — ou bien encore qu'un ou deux de ces enfants ont présenté des manifestations sus-

pectes ou même formellement spécifiques. Dans ces conditions et avec des commémoratifs de cet ordre, allez-vous rester inactifs? Non, bien évidemment. Non, d'une part, car vous ne savez que trop, de par l'expérience du passé, ce à quoi aboutirait ou risquerait d'aboutir l'expectation. Si cette femme a déjà avorté deux ou trois fois sous l'influence de la syphilis de son mari, n'est-il pas à craindre ou bien qu'elle avorte une quatrième fois ou bien que son enfant soit d'une façon quelconque entaché de la tare syphilitique? Non encore, d'autre part, car vous disposez d'un traitement qui, s'adressant à la cause même de ces fausses couches, peut atténuer et neutraliser cette cause, ainsi que le démontre l'observation clinique.

Quelle raison, d'ailleurs, auriez-vous à invoquer pour ne pas user de cette ressource? N'y aurait-il là qu'une chance à courir, au lieu d'une probabilité de succès, vous n'avez pas le droit de n'en pas faire bénéficier cette femme et cet enfant.

Donc, en pareil cas, l'intervention préventive s'impose véritablement. Nous serions coupables (le mot, me semble-t-il, n'a rien d'exagéré) de nous dérober à cette indication péremptoire.

Au reste, l'accord se fait, si même il n'est réalisé déjà, sur ce point. Et l'on peut poser comme acquise, définitivement acquise à la pratique, la règle de conduite que voici :

Alors que l'influence hérédo-syphilitique du mari s'est attestée sur une ou plusieurs grossesses

par tel ou tel des résultats nocifs qui lui sont habituels, il y a indication absolue, au cours d'une nouvelle grossesse, à prévenir un nouveau malheur par le traitement préventif de la mère.

Il y a plus même. Pour certains médecins (et je suis du nombre), le traitement préventif de la mère devrait être également institué alors que la syphilis du père, au lieu d'être connue et de constituer un commémoratif certain, reste seulement à l'état de *suspicion*. Je m'explique.

Bien souvent, pour une raison ou pour une autre, on ne sait à quoi s'en tenir sur la syphilis du père, qui est absent, éloigné, qui se dérobe à l'examen, ou qui, même présent, ne fournit sur ses antécédents spéciaux que des renseignements des plus équivoques. Et la femme est là, enceinte, avec des antécédents de plusieurs fausses couches non motivées. Dans ces conditions (qui sont si communes à l'hôpital, qui même, à l'hôpital, constituent le fait usuel, presque la règle), dans ces conditions, dis-je, faut-il intervenir ou non? Depaul n'hésitait pas en pareil cas, et je me souviens lui avoir entendu dire plusieurs fois ceci : « qu'après une série de fausses couches auxquelles on n'a pu trouver de cause, le médecin est autorisé à *prescrire empiriquement la médication spécifique*, médication d'ailleurs inoffensive quand elle tombe à faux, pourvu qu'elle soit prudemment instituée. » Eh bien, cette pratique de Depaul est rationnelle et légitime. Elle a

été acceptée par nombre d'accoucheurs contemporains, tels que MM. Tarnier[1], Pinard, Budin, Porak, Ribemont-Dessaignes, etc. Elle a fourni de bons, d'excellents résultats. Pour ma part, je la préconise depuis plus de vingt ans.

Voilà donc tout un ordre de situations où l'intervention est de règle.

Inversement, laissez-moi tout aussitôt vous en présenter un autre où l'intervention serait aussi irrationnelle, aussi déplacée que possible.

Dans un ménage composé d'un père syphilitique et d'une mère saine, déjà une ou plusieurs grossesses ont abouti à une terminaison heureuse. Une nouvelle grossesse vient de se produire, et c'est à son propos, je suppose, que l'on vous consulte. Eh bien, qui songerait en pareil cas à conseiller un traitement spécifique pour la mère? Le passé répond ici presque sûrement de l'avenir. Puisque l'hérédité syphilitique ne s'est pas exercée sur la grossesse ou

1. « Pour ma part, mon siège est fait sur ce point, me disait, ces derniers jours encore, mon éminent collègue et excellent ami le professeur Tarnier. Lorqu'une femme a fait plusieurs fausses couches et que je ne trouve, après examen complet, aucune raison à ces fausses couches répétées, je mets en cause la syphilis et prescris empiriquement le traitement spécifique tant à la femme qu'à son mari; et je le prescris alors même que les antécédents du mari et de la femme sont absolument muets, négatifs, par rapport à la syphilis. Et bien m'en a pris d'adopter cette pratique, car j'ai vu nombre de cas où, après ce double traitement et, sans nul doute, de par ce traitement, des femmes éprouvées par une série de fausses couches d'origine indéterminable ont mené leurs grossesses à terme et donné le jour à des enfants vivants, sains, bien portants. » (Communic. orale.)

sur les grossesses précédentes, il est plus que probable, il est presque certain qu'elle restera également inoffensive vis-à-vis de l'enfant actuel. Donc, rien à faire en telle occurrence, c'est évident.

Jusqu'ici rien que de très simple. Mais voici maintenant les embarras et les difficultés qui vont apparaître avec les situations suivantes.

La femme d'un sujet syphilitique est enceinte *pour la première fois*, et rien sur elle n'atteste la syphilis. C'est, par exemple, une jeune mariée qui commence à ressentir d'une façon non équivoque les premiers phénomènes d'une grossesse ; et le mari, auquel ses antécédents personnels sont revenus en souvenir à propos de sa paternité prochaine, a mandé l'un de vous, je suppose, sous prétexte de le présenter à madame comme son futur médecin, mais en réalité pour lui poser la question usuelle, la question de rigueur : « Est-il quelque chose à craindre pour ma femme et mon enfant, en raison de mon ancienne syphilis? Est-il quelque chose à faire pour prévenir tout malheur pouvant dériver de moi? »

Or, vous devinez l'embarras. Dans l'ordre des cas qui précèdent nous avions une boussole à consulter pour régler notre conduite, à savoir les résultats des couches antérieures. Mais, dans le cas actuel, plus rien ! Il s'agit d'une *première* grossesse. C'est l'inconnu. Sur quels mobiles prendre une détermination?

Eh bien, ici encore il convient, je crois, de ne

pas envisager la question d'une façon générale, de ne pas se décider sur des principes généraux. Ce qu'il faut, tout au contraire, ce qui est bien plus rationnel et plus médical, c'est de *particulariser*, c'est d'examiner chaque cas individuellement, chaque cas pour son compte, passez-moi le mot, et de chercher dans les circonstances qui lui sont propres les motifs, les indications à agir ou à ne pas agir.

Où trouver ces indications? Exclusivement, cela va sans dire, dans les conditions de la syphilis du mari, conditions telles que les suivantes : Quel est l'âge de cette syphilis, et à quelle époque remonte-t-elle par rapport à la procréation; — quand se sont produites ses dernières manifestations; — quelle a été cette syphilis comme qualité d'accidents, comme fréquence de récidives, comme intensité, comme évolution, comme allure générale; — et surtout, quel en a été le traitement, comme choix de remèdes, comme doses, comme intensité thérapeutique, comme durée, etc., etc.? — C'est de l'ensemble de ces circonstances qu'on s'efforcera de déduire une présomption pour ou contre telle ou telle éventualité héréditaire. C'est d'après ces considérations qu'on cherchera à préjuger si l'influence hérédo-paternelle court risque ou non de s'exercer. Et l'on agira en conséquence.

Simple calcul de probabilités, dira-t-on peut-être. — Oui certes; mais, comme nous ne disposons et ne saurions disposer de rien de mieux en l'espèce,

force nous est bien de nous en satisfaire. Essayons donc tout au moins d'en tirer le meilleur parti possible. Et d'ailleurs bon nombre de nos déterminations thérapeutiques ne reposent-elles pas de même sur des calculs de probabilités?

Or, si aléatoires qu'elles puissent paraître à première vue, les données que je viens de signaler n'en sont pas moins suffisantes en nombre de cas pour fournir des indications rationnelles que confirment les événements. Je précise par deux exemples précisément opposés.

Voici, je suppose, un homme qui a eu le bon esprit de ne se marier qu'à échéance largement distante du début de sa syphilis, par exemple six, huit, dix ans au delà de l'origine de l'infection. Cette syphilis a été légère, ou moyenne tout au plus. De vieille date, elle n'a plus donné signe de vie. Elle a été longuement et convenablement traitée. Bref, tout est au mieux, et les présomptions sont des plus favorables en ce qui nous préoccupe, c'est-à-dire relativement à l'hérédité. Eh bien, est-ce qu'en pareille situation il viendra jamais à l'esprit d'un médecin de soumettre à une médication préventive la femme qui a conçu un enfant de cet homme? A quoi tendrait cette médication préventive, alors que presque sûrement il n'est rien à prévenir, alors que nous avons une quasi-certitude d'une terminaison heureuse pour la grossesse?

Donc, dans ce cas, comme dans tous les cas qui

s'en rapprocheront plus ou moins, l'abstention sera de rigueur.

Inversement, un homme s'est marié dans les pires conditions possibles. Il s'est marié, je suppose, alors que sa syphilis était jeune encore, datant par exemple de quelques mois à un an. Féconde en accidents et en récidives, cette syphilis était encore en explosion secondaire au moment où s'est faite la conception. De plus, elle n'a jamais été traitée que d'une façon légère, irrégulière, superficielle et, au total, notoirement insuffisante. En un mot, tout est déplorable, tout est de sinistre présage quant aux risques d'hérédité. Que faire en une situation de ce genre? Convient-il de nous abstenir et d'assister, les bras croisés, aux tristes événements qui se préparent sans doute, qui tout au moins courent grand risque de se produire? Je ne le crois pas, je ne veux pas le croire. J'estime qu'en pareille occurrence l'indication est d'agir, c'est-à-dire de traiter préventivement la mère pour conférer au fœtus une utile sauvegarde. Puisque nombreux sont les cas où, après plusieurs grossesses malheureuses, une grossesse nouvelle a pu être menée à bien par un traitement prescrit à la mère au cours de la gestation, je ne vois pas comment et pourquoi un semblable résultat ne se produirait pas à propos d'une *première* grossesse. D'ailleurs il s'est produit. J'aurais à en citer plusieurs exemples, et mon distingué collègue le professeur Pinard m'en relatait récemment quelques autres, vraiment faits pour inspirer la conviction.

Donc, dans ce second ordre de situations, l'intervention préventive n'est pas moins formellement indiquée que ne l'était tout à l'heure l'abstention. *Il faut agir;* il faut prescrire le traitement à la mère, en vue et au profit de l'enfant.

Tant qu'on dispose ainsi d'indications rationnelles en un sens ou un autre, la règle de conduite est nettement tracée. Mais reste toute une catégorie de cas où précisément ces indications font défaut. C'est l'ordre des cas que je qualifierai de *moyens*, cas équidistants, si je puis ainsi parler, des deux situations précédentes. Dans ceux-ci tout est moyen; j'entends par là que les indications d'un certain genre se trouvent contre-balancées par d'autres précisément inverses, et qu'au total nulle considération positive et prépondérante ne s'offre au médecin pour fixer son pronostic comme prévisions héréditaires et pour motiver une résolution plutôt qu'une autre. A parler plus clairement, ces cas sont ceux où il y a place, relativement aux dangers d'hérédité paternelle, tout aussi bien pour l'appréhension que pour l'espérance. En de tels cas, à quoi se résoudre?

Exemple. Un homme s'est marié après deux à trois ans de syphilis. Cette syphilis, je suppose, a été moyenne de tous points, et elle est restée muette depuis six mois à un an. Le traitement, lui aussi, à été moyen, c'est-à-dire a duré une dizaine, une quinzaine de mois, etc., etc. Avec de

telles données, *tout est possible* manifestement, car on aurait à citer, comme répondant à ce programme, tout aussi bien des cas où l'hérédité paternelle s'est exercée que des cas où elle est restée muette, inoffensive. Et alors, étant donnée cette incertitude sur le pronostic, que faire?

Faut-il, avec les uns, conclure invariablement à l'abstention, en disant : « Puisqu'il n'y a pas d'indications précises pour agir, n'agissons pas. Pas de médecine d'aventure et de hasard! »

Ou bien, avec d'autres, convient-il de raisonner ainsi : « Que risque-t-on, après tout, en prescrivant le traitement à la mère? Rien autre que d'être inutile; tandis qu'en n'agissant pas, il y a danger d'être préjudiciable à l'enfant, et peut-être même d'être préjudiciable, de par l'enfant, à la mère. Mieux vaut encore être inutile que nuisible. Donc, traitons la mère. »

Je ne dissimulerai pas mes préférences pour ce dernier parti. Mais je ne suis pas en mesure quant à présent de vous le présenter comme une solution qui s'impose, et cela parce que je ne dispose pas encore d'un nombre suffisant d'observations démonstratives. Force m'est donc d'attendre, de laisser la question en suspens sur ce point et d'en appeler à de nouveaux faits pour la juger en dernier ressort.

Mais, à part cette lacune dans l'état actuel de nos connaissances, vous voyez que pour un certain nombre de cas, voire pour la grande majorité

des cas qui se présentent en pratique, le médecin peut trouver dans les circonstances propres à chacun d'eux telles ou telles indications rationnelles qui dirigeront légitimement sa conduite dans un sens ou dans l'autre, c'est-à-dire qui le détermineront à agir ou à s'abstenir.

Et c'est là surtout ce dont, en principe, je tenais à vous convaincre. Car ici, comme ailleurs, *obéir aux indications du cas individuel* est le parti le plus sûr pour s'engager dans la bonne voie et servir le plus utilement les intérêts de ses malades.

Telle est la ligne de conduite que j'ai adoptée pour ma part; et, si je ne me fais pas illusion, je crois pouvoir ajouter qu'en l'espèce elle m'a fourni plusieurs fois des succès qui seraient, je crois, difficilement contestables.

XXXVIII

Cela posé, il m'est impossible maintenant de ne pas ajouter ici quelques mots sur la situation faite à la femme, à la future mère, dans l'ordre de cas qui vient de nous occuper, à savoir dans les cas où se présente l'indication de soumettre au traitement spécifique, *bien que saine*, la femme qui a conçu un enfant d'un père syphilitique.

Sans doute, théoriquement, ce mode de prophylaxie fœtale, ce traitement indirect d'un enfant par la voie maternelle, n'a rien que de très naturel.

En toute évidence nous ne pouvons atteindre que par l'intermédiaire de la mère l'enfant procréé syphilitique par hérédité paternelle. Donc, nous nous servons de la mère, nous nous servons de son estomac et de ses vaisseaux pour porter au fœtus le correctif de la maladie dont il a hérité de son père. C'est logique, c'est physiologique, c'est tout simple.

Et j'ai même le droit d'ajouter : C'est là, pour le fœtus, un mode de traitement qui n'a plus rien d'hypothétique aujourd'hui, puisque les intéressantes recherches de M. Cathelineau ont abouti à la découverte du mercure dans le corps des fœtus issus de mères qui ont été soumises au traitement mercuriel pendant la gestation. Donc, le mercure administré à la mère va de la mère à l'enfant, atteint l'enfant, le pénètre, imprègne ses organes. Cela n'est plus une simple appréciation d'analogie, une induction rationnelle; c'est un fait chimiquement démontré[1].

1. V. Cathelineau, *Passage du mercure de la mère au fœtus dans le traitement antisyphilitique fait pendant la grossesse*, Bulletins de la Société française de dermat. et de syphil., 1889, n° 2, p. 167.

Ayant soumis à l'analyse chimique le corps d'un fœtus dont la mère avait été soumise au traitement mercuriel, M. Cathelineau a abouti aux résultats suivants :

« I. — La présence du mercure a été reconnue dans la plupart des organes du fœtus (foie, rate, cœur, rein, poumon, cerveau), voire dans le méconium.

II. — Elle a été constatée de même très nettement dans le liquide amniotique.

III. — Le dosage quantitatif, exécuté par le procédé électroly-

Mais, à un autre point de vue, n'êtes-vous pas frappés de ce qu'il y a d'étrange, de bizarre, d'extraordinaire en l'espèce, à savoir de la situation faite à la mère en pareille circonstance. Quoi ! Voilà une femme qui n'a rien, et on la traite comme une malade ! Elle est indemne de syphilis, et on lui donne du mercure, tout comme si elle était affectée de syphilis ! On la traite à titre d'intermédiaire, de véhicule ; on lui prescrit des remèdes non pour son compte, mais à l'usage de son enfant ; on en fait une sorte de filtre animé, dont le rôle est de trans-

tique de M. Riche, a révélé l'existence des proportions suivantes de mercure :

1°	Dans le cœur,	du poids de	33 gr. . . .	0,0035	(mercure).
2°	— les reins	—	95 gr. . . .	0,0101	—
3°	— le foie	—	150 gr. . . .	0,0182	—
4°	— le cerveau	—	295 gr. . . .	0,0094	—
5°	— les poumons	—	62 gr. . . .	0,0021	—
6°	— la rate	—	8 gr. . . .	0,0012	—
7°	— le méconium, pour un poids de		15 gr. . . .	0,0007	—

IV. — En faisant la somme des poids de mercure trouvés dans les divers organes et celle des matières soumises à l'analyse, on voit que 100 gr. de ces matières renferment 0 gr. 0068 de mercure.

V. — Enfin, si nous rapportons à 10 pour chaque partie examinée la quantité de mercure, nous trouvons, par ordre de décroissance, que le mercure se trouve ainsi réparti :

Foie.	0 gr. 00121	pour 10 gr.	de matière.
Rate	0 gr. 0120	—	—
Cœur.	0 gr. 0106	—	—
Rein	0 gr. 0106	—	—
Méconium. . .	0 gr. 0046	—	—
Poumons . . .	0 gr. 0034	—	—
Cerveau . . .	0 gr. 0031	—	—

En résumé : la présence du mercure a été nettement constatée

mettre au fœtus les agents thérapeutiques qui peuvent être utiles non pas à elle, mais audit fœtus.

Eh bien, ce rôle, ne croyez pas qu'il soit jamais décliné par les femmes de qui on le réclame. Ce rôle, — j'éprouve le besoin de le dire à leur honneur, et vous me pardonnerez cette digression — elles l'acceptent toutes, et du premier mouvement. Jamais, je le déclare, jamais, ni en ville, ni à l'hôpital, je n'ai vu une seule mère hésiter à se soumettre à un traitement dont elle n'avait que faire pour elle-même, mais qu'on lui prescrivait comme pouvant être utile à son enfant. Pas une seule fois je ne me

non seulement chez l'enfant, mais encore dans le liquide amniotique. — C'est ce qu'avait depuis longtemps prévu M. le Pr Fournier, sous la direction duquel ces recherches ont été entreprises dans le laboratoire de la clinique. »

Ces premiers résultats ont été confirmés depuis lors par de nouvelles expériences de MM. Cathelineau et H. Stef.

En outre, le mercure a été retrouvé *dans le placenta* et *le cordon*.

De même, chez l'animal, le mercure passe de l'organisme maternel à l'organisme fœtal à travers le placenta. « Une lapine fécondée depuis 14 jours a reçu six injections au peptonate de mercure (renfermant chacune 0 gr. 001 de bichlorure hydrargyrique). Ces injections étaient pratiquées tous les deux jours dans l'une ou l'autre cuisse. L'animal reçut ainsi une quantité totale de 0,006 de bichlorure. — Nul phénomène d'intoxication ; l'appétit et l'état général ne présentèrent aucun trouble. La température rectale resta toujours à 39. — La lapine mit bas au bout du terme normal de la gestation (30 jours). — Nous avons recueilli six petits bien conformés, qui furent presque immédiatement plongés et conservés dans l'alcool. Ils pesaient ensemble 270 grammes. — Les six petits furent divisés d'une façon aussi complète que possible. On procéda ensuite à la destruction de la matière organique. — A l'analyse, la méthode de Witz donna l'anneau caractéristique du mercure. »

V. Henri Stef, *Mercure et grossesse*, Thèses de Paris, 1891.

suis heurté à un refus, voire à une résistance même éphémère, voire à une indécision, à une hésitation. « Du moment que *c'est pour l'enfant,* vous dit la femme, du moment que cela sera utile à mon enfant, je ferai ce que vous me direz de faire. » Et elle accepte tout ce que vous exigez d'elle, sans plus ample débat.

Je vais même plus loin, car j'y suis autorisé par ce que j'ai vu dans ma pratique, et je dis que ce rôle charitable, ce rôle d'intermédiaire thérapeutique, les femmes le *réclameraient* au besoin, loin d'y répugner, loin d'essayer de s'y soustraire, si elles se rendaient compte du bénéfice qu'en peut tirer leur enfant, si elles savaient qu'à ce prix leur enfant peut naître vivant et indemne, au lieu de mourir avant terme ou de naître avec la syphilis. *Elles le réclameraient toutes*, oui, j'en ai la conviction absolue, et elles s'y soumettraient de tout cœur. Ce serait pour elles, simplement, une charge de plus à ajouter à tant d'autres que comporte la maternité, et voilà tout.

A ce propos et comme pièce à conviction, je vous relaterai le fait suivant, qui témoigne bien du sentiment maternel que je cherche à photographier ici.

Une jeune femme, mariée à un homme syphilitique, mais demeurée saine, avait déjà perdu trois enfants, les deux premiers avant terme, le dernier n'ayant vu le jour que pour mourir. Devenue enceinte une quatrième fois, elle me fut alors amenée par son mari. Examen fait de la situation, j'exprimai

mon sentiment au mari, en lui disant qu'il y avait indication et indication formelle à traiter sa femme pendant tout le cours de la grossesse et qu'à ce prix on parviendrait peut-être (ce que l'événement confirma du reste) à sauvegarder l'enfant. Il accepta ma proposition avec enthousiasme et me chargea de la transmettre à sa femme, en me priant même, quelque pénible que cela fût pour lui, d'avouer « toute la vérité » en échange du dévouement que j'allais réclamer. Eh bien, les quelques mots topiques que cette femme me répondit se sont gravés dans ma mémoire, et je vous les reproduirai parce qu'ils caractérisent bien le sentiment maternel en pareille situation.

« Certes oui, monsieur le docteur, me dit cette femme, je me traiterai comme vous le voudrez et aussi longtemps que vous le voudrez, je vous le promets bien. Je n'aurai même pas grand mérite à cela, puisqu'il y va de la santé de mon enfant. Mais ce que je ne pardonnerai jamais à mon mari, ce qu'il me sera impossible de lui pardonner, c'est d'avoir attendu si tard pour me demander ce que vous me demandez aujourd'hui. Car, s'il avait parlé plus tôt, j'aurais peut-être aujourd'hui les trois enfants que j'ai perdus. »

Ainsi donc, il ne saurait subsister le moindre doute sur ce point; oui, ce rôle d'intermédiaire, ce traitement sans besoin personnel et sans profit personnel, les femmes s'y soumettent toujours, et s'y soumettent de plein gré, voire avec empressement.

Mais à nous, maintenant, à nous médecins, de n'accepter ce dévouement, *à fortiori* de ne le réclamer, qu'à bon escient et à de certaines conditions. Je m'explique.

C'est bien le moins, tout d'abord, que, pour imposer ce traitement à la future mère, nous ayons par devers nous l'assurance formelle qu'il ne comporte pas de dangers pour elle, qu'il ne peut lui être préjudiciable à aucun titre.

En second lieu, il ne faut pas moins qu'il nous soit démontré que ledit traitement comporte des chances, et des chances sérieuses, d'être profitable à l'enfant.

Puis, un troisième devoir nous restera encore à remplir : ce sera de régler ce traitement, de l'accommoder à la situation, en n'oubliant pas qu'il s'agit en l'espèce d'un traitement spécial entre tous, qui n'est pas celui d'une femme syphilitique, mais bien celui d'un enfant syphilitique que l'on s'efforce d'atteindre par l'intermédiaire de sa mère.

Or, sur chacun de ces trois points, que savons-nous de par l'expérience clinique ?

I. — Le premier, celui qui a trait aux inconvénients ou aux dangers qui pourraient résulter pour la mère d'un tel traitement, peut être dit résolu aujourd'hui.

On avait exprimé la crainte que ce traitement ne créât des troubles gastriques, ne vînt à augmenter, à exaspérer les troubles gastriques propres à la gros-

sesse (dyspepsie, vomissements, intolérance stomacale, etc.); — ou bien encore qu'il n'ajoutât son action anémiante à l'anémie propre de la grossesse.

Certains confrères préjugeaient même qu'il serait mal toléré, parce que, d'après eux, « l'état syphilitique favorise très certainement la tolérance des remèdes spécifiques », et que ce singulier adjuvant ferait défaut en l'espèce.

Eh bien, non seulement l'expérience n'a pas confirmé ces appréhensions, qui sont toutes *théoriques*, mais elle leur a infligé un démenti formel, en montrant qu'une femme enceinte, même non syphilitique, supporte ou peut supporter absolument bien le traitement spécifique, pour peu qu'il soit donné avec mesure et méthode. Jamais, pour ma part, je n'ai constaté en pareille circonstance le moindre incident regrettable. J'en suis encore, relativement à la tolérance vis-à-vis du mercure ou de l'iodure de potassium, à chercher l'ombre d'une différence entre les femmes non syphilitiques et les femmes syphilitiques. Dans tous les cas que j'ai observés, j'estime que le traitement spécifique de la femme saine et enceinte n'a jamais présenté le moindre inconvénient, n'a jamais *nui*, n'a jamais été l'origine du moindre préjudice. Et tous ceux de mes collègues que j'ai interrogés sur ce point m'ont exprimé un sentiment identique.

II. — En second lieu, le mode de traitement dont

nous parlons est-il vraiment susceptible d'être *profitable à l'enfant* ?

Ici encore pas de contestations possibles. L'expérience clinique s'est prononcée à ce sujet.

Je ne dis pas, certes, que toujours ce traitement préservera l'enfant et de la mort et de la syphilis ; mais je prétends qu'il constitue pour lui une réelle sauvegarde dans la plupart des cas.

Ce résultat ressort en pleine évidence d'un certain nombre d'observations disséminées et comme égarées dans les recueils périodiques, les monographies, les traités spéciaux. Il ressort mieux encore des souvenirs des praticiens. Car il est peu de mes confrères qui, consultés par moi sur ce point, n'aient immédiatement extrait de leur mémoire un ou plusieurs succès obtenus par cette méthode, succès malheureusement inédits.

A titre de spécimens je citerai les trois faits suivants :

I. — Mon collègue et ami le docteur Ribemont-Dessaignes est consulté par un jeune ménage dans les conditions que voici : Le mari a été affecté de syphilis il y a une dizaine d'années ; et cette syphilis, il l'a fort négligée, il ne l'a traitée que deux mois au début ; — la jeune femme est déjà devenue enceinte quatre fois, et, bien que vigoureusement constituée, jouissant d'une excellente santé et restée indemne de toute contamination spécifique, elle n'a pu mener ses grossesses à terme. Derechef, la voici enceinte depuis quelques semaines.

Après long examen, M. Ribemont-Dessaignes ne trouve d'autre explication à ces trois fausses couches que la syphilis du mari. — En conséquence il prescrit un traitement spécifique à la jeune femme. Ce traitement, constitué par l'administration alterne de pilules de protoiodure et de sirop de Gibert, est continué régulièrement pendant toute la durée de la grossesse.

Résultat : Accouchement à terme d'un bel enfant, qui est âgé aujourd'hui de deux ans et demi et qui n'a jamais présenté le moindre accident de syphilis.

Aussi bien, l'année suivante, une nouvelle grossesse s'étant produite, le mari, encouragé par le précédent résultat, institua-t-il à nouveau et de son propre chef le traitement qui avait si heureusement réussi une première fois. — Résultat : Cette fois encore, accouchement à terme d'un gros garçon qui, à l'heure actuelle, jouit d'une santé irréprochable.

II. — Autre fait. Un jeune homme contracte la syphilis en 1881. Je le traite pendant cinq mois, puis ne le revois plus. — En 1883, il se marie. — Une première grossesse amène un enfant qui succombe à neuf jours « par faiblesse congénitale ».

Une seconde donne un enfant qui, dès la cinquième semaine, est criblé de syphilides, puis dépérit, tombe dans le marasme et meurt.

Désolé, le mari revient alors à moi, m'amenant sa jeune femme qui commence une troisième gros-

sesse. J'examine cette femme que je trouve, d'une part, absolument indemne de tout accident syphilitique; voire de tout commémoratif suspect, et, d'autre part, bien portante, bien constituée, exempte de toute lésion utérine, etc. — J'institue pour elle un traitement spécifique qui, continué religieusement pendant tout le cours de la grossesse, a consisté en ceci : protoiodure de mercure, à la dose de 25 milligrammes par jour, alterné avec iodure de potassium (1 à 2 grammes par jour); vin de quinquina; de temps à autre, sirop ferrugineux, etc.

Résultat : Accouchement à terme d'un bel enfant, absolument sain. — Cet enfant, qui a aujourd'hui quatre à cinq ans, est toujours resté indemne de tout accident syphilitique.

III. — Troisième cas. Un jeune homme contracte la syphilis, s'en traite deux mois seulement, et, n'éprouvant plus nul accident, se marie quelques années plus tard. — Sa femme reste indemne; mais, devenue enceinte six fois, elle avorte six fois, et cela sans la moindre cause appréciable. — Au cours d'une septième grossesse, elle est soumise au traitement spécifique, et amène un enfant vivant et sain, enfant que j'ai surveillé jusqu'à l'âge de huit ans et sur lequel je n'ai jamais reconnu le moindre accident suspect.

Et de même pour nombre d'autres faits (soit personnels, soit empruntés à diverses sources) que j'aurais à produire, mais qui, de tous points semblables aux précédents, n'ajouteraient aucun élé-

ment nouveau à la question. — Je crois donc la démonstration acquise et la résume ainsi :

Alors qu'une femme est enceinte d'un enfant menacé, de par les antécédents paternels, d'hérédité syphilitique, le traitement syphilitique de la mère, bien que saine, constitue pour cet enfant une sauvegarde réelle et puissante dont il y a indication précise et formelle à le faire bénéficier.

Voilà le principe. Quelques mots maintenant sur l'application en pratique.

Nous venons de conclure à ceci : Traiter la mère bien que saine. C'est fort bien. Mais vous voyez aussitôt la difficulté qui va surgir. Cette femme est saine ; elle n'a rien, elle ne ressent rien de morbide. Et nous allons lui proposer de la traiter, et de la traiter non pas pour quelques jours, mais pour longtemps, pour plusieurs mois, pour toute la durée de sa grossesse. « Mais à quoi bon tout cela, nous dira-t-elle ? Pourquoi ce traitement ? Je me porte absolument bien ; je n'ai besoin ni de médecin ni de remèdes. »

Comment donc aboutir à nos fins et réaliser l'intention que nous croyons utile de poursuivre ?

Eh bien, en toute évidence, il y a pour cela deux moyens, et il n'y en a que deux, à cela près de quelques variantes qui ne changent rien au fond des choses.

On peut :

Ou bien traiter cette femme à son insu, sans

qu'elle s'en doute, j'entends sans qu'elle se doute de la nature, de la qualité de la médication qui lui est appliquée;

Ou bien la traiter avec son consentement, c'est-à-dire après l'avoir dûment éclairée sur ce qu'on fait et ce qu'on réclame de son dévouement.

Dans le premier cas, on la traitera en trouvant prétexte dans une indication quelconque relative à sa santé, à sa constitution, et en décorant de pseudonymes honorables le mercure ou l'iodure qu'on lui administrera. Une de mes clientes, par exemple, a pris tout le temps de sa grossesse des pilules de protoiodure que son mari avait baptisées du nom de « grains de santé ». Pour une autre, le sirop de Gibert a revêtu, grâce à l'imagination d'un mari ultra-prudent et à la connivence d'un ami pharmacien, la dénomination de « Sirop tonique contre les vomissements et les indispositions de la grossesse ». Et ainsi de suite.

Dans le second cas, on confesse la situation à la femme (avec quelques ménagements, quelques adoucissements de circonstance, cela va sans dire), et il suffit de lui exposer le danger encouru par l'enfant pour qu'elle accepte tout aussitôt le rôle de « guérisseuse médiate » qu'on réclame d'elle.

De ces deux procédés, quel serait celui auquel tous, tant que nous sommes ici, nous donnerions la préférence? Le second, en toute évidence; le second, pour les trois raisons suivantes :

1° Parce que c'est le procédé honnête, franc, digne, loyal.

2° Parce que c'est le procédé le plus sûr, et de beaucoup, et sans comparaison possible. Vous pouvez, en effet, avoir une confiance absolue dans le dévouement, dans la docilité d'une femme qui se traite pour le compte de son enfant. Elle fera tout ce que vous voudrez, tout ce que vous lui prescrirez de faire, et aussi longtemps que vous le désirerez. Elle se traitera mieux que s'il s'agissait d'elle-même. Vous n'avez pas à douter d'elle un seul instant. — Allez donc compter, au contraire, sur l'obéissance d'une femme qui ignore ce pour quoi on la traite, qui toute la journée répète à son mari et se répète : « Mais je n'ai pas besoin de remèdes, moi; mais je ne suis pas malade. » Cette femme n'aura rien plus à cœur que d'esquiver vos prescriptions; elle « oubliera » son traitement une fois sur deux, elle le délaissera le plus tôt possible. Et cela se comprend, puisqu'elle n'y voit aucun intérêt. — C'est là, du reste, un résultat d'expérience.

3° Enfin, ce procédé mérite encore nos préférences à un tout autre point de vue. C'est qu'il aurait pour résultat d'éviter au mari bien des mensonges inutiles et au médecin une complicité désobligeante. Et, en effet, sachez ceci pour votre gouverne : En réalité, les femmes qu'on croit abuser, qu'on se flatte de traiter « sans qu'elles s'en doutent », sans qu'elles soupçonnent ce pour quoi on les traite, sont loin d'être toujours dupes de nos

stratagèmes et des dénominations fantaisistes sous lesquelles on leur dissimule le mercure ou l'iodure. Il est presque impossible que ce traitement insolite dont elles ne se sentent nul besoin, que les précautions, les réticences dont on l'entoure, ne leur donnent pas l'éveil; puis, le soupçon une fois né ne manque guère de se convertir en certitude. En sorte que la naïveté, en l'espèce, est le plus souvent non pas du côté de la femme qu'on s'imagine abuser, mais du côté de ceux qui comptent ingénument sur sa prétendue simplicité[1]. — Et, soit dit incidemment (bien que cela ne nous regarde pas) cette tromperie, ce petit abus de confiance n'est pas toujours à l'avantage du mari dans l'esprit de sa femme. « J'eusse préféré l'aveu, me disait un jour une de mes clientes qu'on avait traitée de la sorte, à son insu soi-disant; c'eût été plus digne de mon mari et de moi. »

Donc, cela n'est pas discutable, le meilleur parti en l'espèce et, à divers titres, le parti le plus sûr, serait celui de l'aveu loyal, qui ne manquerait guère aussi d'être l'aveu pardonné. Mais veuillez remarquer qu'en pareille circonstance nous n'avons pas (très heureusement pour nous, du reste) l'embarras du choix. Le choix à faire entre telle ou telle ligne de conduite ne nous regarde pas. Ce n'est plus là chose médicale; cela ne concerne que

1. V. *Syphilis et mariage*, 2e édit., p. 280.

le mari. Lui seul est juge en la matière. Lui seul a compétence pour décider si sa femme sera ou non éclairée sur la situation et dans quelle mesure elle devra l'être. Cela, encore une fois, est son affaire et non la nôtre.

Vous préjugez bien qu'il optera pour le parti qui, en apparence, le compromet le moins, à savoir pour le parti du silence, pour le traitement subreptice et larvé. Et, en effet, huit ou neuf fois sur dix, les choses se passent de cette façon, d'après ce que j'ai vu en pratique. — Eh bien, tant pis pour ce mari mal inspiré, car il aurait eu mieux à faire. Mais peu importe, en ce qui nous concerne. Nous n'en avons pas moins l'obligation de le suivre dans cette voie, dans cette mauvaise voie, puisqu'il l'a choisie, et de l'y assister au mieux de ses intérêts ; car il s'agit, au total, de la sauvegarde d'un enfant, et telle doit être notre seule préoccupation, tel doit être le seul but de nos efforts.

III. — Nous venons de prendre le parti de traiter, en vue de son enfant, une femme enceinte et *saine*. Eh bien, quel sera le traitement à instituer en l'espèce? Doit-il être l'équivalent, l'homologue du traitement applicable à une femme syphilitique en état de grossesse ? Ou doit-il être différent ?

Je précise. Convient-il de traiter une femme *saine* en vue de son enfant comme on traite une femme syphilitique en vue d'elle-même ? Ou bien ne serait-il pas plus rationnel, alors que la médication est

seulement dirigée contre la syphilis de l'enfant, de l'amoindrir, de la mitiger, de la tempérer par rapport à celle qu'on administrerait contre une syphilis de la mère?

Jusqu'ici je ne vois guère qu'on se soit préoccupé de ce point. On a traité une mère saine comme on a l'habitude de traiter une mère syphilitique, avec les mêmes remèdes, aux mêmes doses, avec la même intensité thérapeutique. Est-ce bien logique? Je ne saurais le croire.

Pour ma part, en plusieurs cas où j'ai eu à traiter des femmes saines en prévision de l'état syphilitique probable ou éventuel de leur enfant, j'ai essayé d'abaisser les doses de mercure jusqu'à les réduire à la moitié environ des doses usuelles, c'est-à-dire des doses que j'ai coutume d'administrer à des femmes syphilitiques en état de gestation. Et les résultats n'en ont pas moins été satisfaisants.

Mais je m'empresse de dire qu'il n'est rien à conclure des quelques faits dont je dispose quant à présent. La question est seulement posée et reste tout entière à l'étude.

XXXIX

QUESTION DE L'ALLAITEMENT. — DANGERS ENCOURUS PAR LA NOURRICE.

Enfin, une dernière indication prophylactique reste à remplir dans la situation dont nous poursuivons l'étude.

Cette indication, d'un tout autre ordre que les précédentes, est relative aux dangers que pourrait encourir *la nourrice* à qui serait confié un enfant hérédo-syphilitique.

Cet enfant qui va naître et dont le sort nous est inconnu, cet enfant issu d'un géniteur ou de deux géniteurs syphilitiques, *qui le nourrira?*

Voilà une question qui, d'ores et déjà, c'est-à-dire avant même la naissance de l'enfant, doit nous préoccuper. Il faut y songer par avance, afin de prévenir, pour le plus grand bien de tous, une situation éminemment féconde en éventualités des plus regrettables.

Car un grave danger se trouve en perspective. Au cas où l'enfant naîtrait avec la syphilis et serait confié à une nourrice, il ne manquerait guère de contaminer cette nourrice.

Or, cet enfant, il y a des risques pour qu'il naisse en état de syphilis; il y en a plus ou moins, suivant les cas, mais qu'importe? Si peu qu'il y en ait, notre devoir n'est pas moins de nous tenir en défiance, et à l'avance notre résolution doit être prise d'une façon formelle, absolue, inébranlable. Cette résolution, c'est que ledit enfant ne peut être confié à une nourrice. Avant tout, il faut éviter un malheur, et ne pas laisser se compliquer d'un nouveau désastre une situation déjà si lamentable.

Donc : *Pas de nourrice pour cet enfant*, tel est

le précepte qui s'impose à nous d'une façon obligatoire, inéluctable.

Mais alors, qui nourrira cet enfant?

Dans les conditions où il se trouve placé, il ne peut avoir qu'une seule nourrice, et une nourrice toute trouvée, tout indiquée : c'est *sa mère*.

Sa mère, et pourquoi?

Pour la triple raison suivante :

1° Parce que sa mère, qu'il soit sain ou qu'il soit syphilitique, n'a rien à redouter de lui. S'il est sain, pas de danger pour la mère; cela va de soi. Et, s'il est syphilitique, nul danger non plus pour elle, en vertu de la loi dite autrefois loi de Colles et mieux dénommée actuellement loi de Baumès. Jamais on n'a vu, en de telles conditions, une mère être contaminée par son propre enfant.

2° Parce que lui non plus n'a rien à craindre de sa mère, alors même qu'elle serait syphilitique. Car jamais un enfant né d'une mère syphilitique n'a gagné d'elle la syphilis ultérieurement.

3° Parce qu'enfin, d'autre part, l'allaitement au sein est en l'espèce une nécessité qui s'impose. Étant donnée l'éventualité possible ou probable d'un enfant qui va naître en état de syphilis, c'est-à-dire malade, chétif, étiolé, il n'est pas à songer pour lui à tel ou tel mode d'allaitement artificiel qui ne manquerait guère de l'achever, de le tuer.

Donc, à tous égards, une solution est commandée par les circonstances : C'est *que la future mère nourrisse son enfant*.

Cette solution, en effet, coupe court à tout danger, à toute éventualité fâcheuse. Je ne la dirai pas préférable à toute autre ; je la dirai unique dans les conditions actuelles ; je la dirai obligatoire, nécessaire.

Partant, un devoir vous incombe en pareille occurrence : c'est d'éclairer le mari, le futur père, sur l'état de choses qui se prépare et les éventualités qui peuvent surgir. Pour cela, choisissez le moment propice. Attendez, je le veux bien, que la grossesse soit déjà assez avancée pour n'avoir plus à craindre un avortement. Mais n'attendez pas trop longtemps ; car vous auriez vraiment mauvaise grâce, alors qu'une nourrice serait déjà retenue, à déclarer « qu'il ne faut pas de nourrice ».

Donc, au moment que vous jugerez opportun, abordez carrément la question, en tête-à-tête avec le mari. Expliquez-lui nettement la situation, avec les dangers, tous les dangers qu'elle comporte : contamination possible d'une nourrice ; justes et bruyantes récriminations de cette nourrice, éclat scandaleux, procès, publicité compromettante, etc. ; et terminez par ceci : obligation absolue de confier à la mère l'allaitement du futur enfant.

« Donc, ajouterez-vous comme conclusion pratique, faites en sorte, monsieur, *que votre femme nourrisse*. Tout est là, dans l'intérêt de tous, dans le vôtre et dans celui de l'enfant. Acceptez cela comme une obligation, comme une nécessité indispensable, dans les conditions où vous vous trou-

vez placé. En conséquence, si madame a dessein de nourrir, gardez-vous de l'en détourner. Et, si elle n'y est pas disposée, prenez les devants, influez énergiquement sur elle, par tous les moyens que vous pourrez imaginer, en vue de modifier sa résolution. Car, à tous égards, je vous le répète une dernière fois, c'est elle, et elle seule, qui doit servir de nourrice à votre enfant. »

La situation étant présentée de la sorte, il sera bien rare que le médecin n'obtienne pas ce qu'il désire. Conséquemment, l'objectif qu'il poursuit sera réalisé ; la jeune mère, soit de son propre gré, soit sur les instances de son mari, se décidera à nourrir son enfant. — D'où la sauvegarde d'autrui.

Mais n'espérez pas arriver toujours à vos fins aussi facilement. Bien des fois on vous résistera. Sans parler de raisons qui n'en sont pas, de raisons basées sur de prétendues convenances, sur des exigences mondaines ou autres, on vous objectera surtout (c'est là le grand argument) que la mère est « bien faible, bien *délicate* pour nourrir », qu'elle ne saurait supporter les fatigues de l'allaitement sans danger pour elle-même, etc. Insistez, car il est rare, absolument rare qu'une femme ne puisse, au moins pour quelques mois, allaiter un enfant. Insistez, et dites ceci : « Soit ! madame ne nourrira pas tout le temps qu'un enfant doit en général être nourri ; mais elle fera *le possible*, et c'est là seulement ce que nous lui demandons. Qu'elle donne au

moins le sein *pendant les premiers mois ;* cela nous permettra d'attendre, et nous aviserons au delà. En tout cas, il y a utilité, urgence à ce que madame nourrisse pendant quelques mois. »

Et pourquoi cela, messieurs ? Pourquoi solliciter tout au moins ces quelques mois d'allaitement maternel ? C'est que la syphilis héréditaire, quand elle doit se révéler, se révèle, sinon absolument toujours, du moins presque toujours dans les deux ou trois premiers mois. Sur 158 cas, M. Diday l'a vue faire éclosion 146 fois dans ce délai[1]. De tels chiffres ont une signification telle qu'ils nous dispensent de tout commentaire.

Donc, ces quelques mois d'allaitement maternel peuvent nous servir ici et de *critérium sur la santé de l'enfant* et de *guide pour la conduite à tenir ultérieurement.*

Et, en effet :

I. — Si, dans ce laps de temps, la syphilis s'est révélée sur l'enfant, tout est dit, et la situation se trouve réglée de la façon la plus catégorique. L'enfant, alors, doit subir le sort commun à tous les enfants syphilitiques. Dans aucun cas, sous aucun prétexte, il ne peut être confié à une nourrice ; et c'est là le point essentiel en ce qui nous occupe actuellement, c'est-à-dire en ce qui concerne la sauvegarde publique[2].

1. *Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*, Paris, 1854, p. 164.

2. C'est là un point sur lequel j'ai longtemps insisté ailleurs. —

Dans cette première alternative, ou bien l'allaitement maternel devra être prolongé, si cela est

Qu'il me soit permis de rappeler ici les points principaux de cette discussion.

« ... Interdire l'allaitement d'un enfant syphilitique par une nourrice saine, voilà, pour le médecin, un principe qui doit être formel, absolu.... Pas de transaction possible avec ce principe, car il a pour double assise les données de la science et les lois de la morale.

J'insiste cependant, quoique en apparence il n'en soit guère besoin; j'insiste et je dis : C'est un devoir pour le médecin de proscrire l'allaitement par une nourrice en pareil cas, et de le proscrire : 1° alors même qu'il est le plus énergiquement sollicité, réclamé par les parents; — 2° alors même qu'en dépit des risques auxquels il expose, il est consenti, accepté par la nourrice. — J'ajoute, en troisième lieu : Cet allaitement doit être proscrit pour le présent et pour l'avenir.

Quelques mots de développement sur cette triple proposition.

I. L'amour paternel ou maternel, il faut bien le reconnaître, est souvent égoïste. Pour le moins, il est souvent aveugle. Aussi rencontrerez-vous parfois, Messieurs, certains parents qui, dans les conditions dont nous parlons actuellement, tenteront de vous détourner à leur profit de la seule ligne de conduite à tenir en pareil cas.

Il en est, d'abord, d'odieusement cyniques (j'en parle par expérience) qui vous diront, qui oseront vous dire : « Au surplus, peu nous importe la nourrice; notre enfant avant tout! Et puisque notre enfant a besoin d'une nourrice, arrive que pourra à cette nourrice, qui est faite et payée pour nourrir notre enfant. » A ceux-ci vous saurez que répondre, Messieurs. Pour l'honneur de l'humanité, ce sont les plus rares, j'ai hâte de le dire.

Mais il en est d'autres aussi qui, tout en déplorant le risque encouru par la nourrice, tout en s'avouant tacitement coupables, chercheront une transaction de conscience dans les « nécessités » de la situation, autant pour s'excuser à leurs propres yeux que pour vous arracher le consentement qu'ils espèrent obtenir. « L'enfant est si malade, si exposé, vous diront-ils; sa vie est au prix d'une nourrice; devons-nous donc le laisser mourir? Serions-nous bien coupables, même en exposant cette femme, de chercher à le sauver? Etc., etc. » C'est là le procédé par attendrissement. Eh bien, Messieurs, gardons-nous ici de toute sentimentalité, et

possible ; ou bien force sera de recourir à tel ou tel de ces procédés spéciaux que j'ai étudiés devant

ayons le courage de ne pas nous laisser attendrir. Le devoir est formel, nous l'avons dit; obéissons au devoir, en dépit de toute autre considération, mêmes des considérations les plus émouvantes, les plus touchantes. Et ne nous laissons pas aller à ce qui serait, somme toute, une *mauvaise action*, quelque désintéressé, d'ailleurs que pût être dans l'espèce le mobile qui nous y entraînerait. Pour être utile à l'enfant, je le répète, nous n'avons pas le droit de lui sacrifier la nourrice. Pas plus qu'il n'est permis de faire la charité avec les deniers d'autrui, il ne nous est permis, à nous médecins, de faire la charité à cet enfant d'une santé qui ne nous appartient pas.

En ce qui nous concerne, d'ailleurs, la loi ne fait pas de transaction. Et plusieurs fois, comme je vous le dirai bientôt, les tribunaux ont vivement réprimandé certains médecins qui, en de semblables conditions, avaient consenti, pour un motif ou pour un autre, à laisser continuer l'allaitement.

II. Je vais plus loin, et j'ajoute : C'est encore le devoir du médecin de s'opposer à l'allaitement, alors même qu'il est accepté, consenti, par la nourrice, dûment avertie de la maladie de l'enfant et des dangers auxquels elle s'expose.

Quelquefois vous serez étonné, arrivant dans une famille en de telles circonstances, de trouver une nourrice qui, mise au fait de la maladie de l'enfant, aura consenti néanmoins à continuer l'allaitement. Que s'est-il donc produit? La pauvre femme aura été circonvenue. « L'enfant n'a rien de grave, lui aura-t-on dit. Avec des précautions et des soins, les dangers à courir pourront être évités. D'ailleurs, on ne sera pas *ingrat*, on saura récompenser le dévouement dont elle fera preuve, etc. » Quelque peu d'argent et beaucoup de promesses auront cimenté la convention, pour laquelle on n'attend plus, comme sanction morale — et aussi comme garantie contre toute éventualité fâcheuse, — que votre consentement à vous, homme de l'art, à vous médecin, chargé d'endosser la responsabilité de ce qui peut suivre.

Qu'avez-vous donc à faire en pareille occurrence? Ceci : refuser de la façon la plus formelle, la plus absolue, le consentement, la justification qu'on vous demande.

Et pourquoi? Pour les deux raisons que voici :

1° Parce que, d'abord, il est peu certain (disons mieux, il est plus que douteux) que la nourrice ait accepté en pleine connais-

vous dans une autre série de conférences, comme pouvant servir à l'élevage des enfants syphilitiques,

sance de cause. On a bien pu lui dissimuler, non pas la maladie de l'enfant, mais la gravité de cette maladie et les risques qui en dérivent. Certes, pour obtenir son consentement, on a dû moins charger le pronostic que l'adoucir et l'atténuer. Sans doute on n'a pas trompé cette femme tout à fait, mais on l'a trompée à demi, *dans la mesure du nécessaire;* voilà la vérité.

2° Parce qu'en saine morale un contrat n'est valable qu'autant que la nature des engagements souscrits est nettement déterminée. Or, comment cette nourrice serait-elle éclairée, elle ignorante, sur la nature des risques auxquels elle consent à s'exposer, alors que nous, médecins, nous ne saurions formuler, préciser ces risques? Savons-nous ce que deviendra jamais un cas de vérole donné? Et comment alors voulez-vous qu'elle le sache, cette nourrice?

N'en déplaise à certains de mes confrères qui ont dit « ne voir rien d'immoral » dans un tel contrat, je trouve, moi, que ce contrat n'est pas moral. Je ne sais, je n'ai pas besoin de savoir s'il est valable en droit, et je laisserai aux gens spéciaux le soin d'en discuter la valeur légale. Mais ce que je sais, c'est qu'il n'est pas valable en principe. Je ne puis me résigner à le considérer comme honnête. Car, en somme, qu'est-ce donc que ce contrat, sinon *l'achat de la santé d'une nourrice pour un peu d'argent?* Et ce singulier marché, cette *traite* de la nourrice me répugne; je me refuse à ratifier, à couvrir un tel trafic de mon consentement médical.

N'acceptez donc pas, Messieurs, je vous le conseille, de semblables transactions entre parents et nourrice. Dissuadez-en les familles d'abord; dissuadez-en la nourrice surtout. Éclairez cette femme sur la situation qu'on lui propose; dites-lui bien catégoriquement les dangers qu'elle va courir. Efforcez-vous de la persuader qu'elle n'a pas le droit — pour son mari, pour ses enfants à venir, pour elle-même, — de faire ainsi le sacrifice de sa santé actuelle et future.

Que si cependant, malgré tout, malgré vos avertissements répétés, les deux parties résistent et s'obstinent l'une et l'autre à respecter le pacte conclu, alors tout au moins restez en dehors de telles « affaires »; n'y compromettez pas votre caractère et votre dignité de médecin; déclinez toute responsabilité, et cela devant témoins, si possible, afin que, plus tard, on ne vous accuse pas (comme cela s'est vu) de vous être associé pour une part quelconque à ce contrat malsain. Au besoin même, retirez-vous, si vous

à savoir : recours à une nourrice syphilitique, allaitement par la chèvre-nourrice ou par l'ânesse, etc.

croyez cela nécessaire; retirez-vous en protestant, en disant que vous ne sauriez accepter la situation actuelle avec les résultats qu'elle doit presque inévitablement comporter.

III. Troisième point. — Non seulement, ai-je dit, il faut proscrire d'une façon formelle l'allaitement d'un enfant syphilitique par une nourrice saine; mais il faut le proscrire à la fois pour le présent et *pour l'avenir*.

Cela n'est pas douteux. Et, en effet, si vous avez eu de bonnes raisons pour interdire l'allaitement aujourd'hui, ces mêmes bonnes raisons subsisteront pour l'interdire encore dans quelques semaines ou quelques mois. Même traité, même délivré des accidents contagieux qui vous ont imposé de le séparer de sa nourrice, un nourrisson syphilitique n'en reste pas moins syphilitique, et sera exposé, comme tel, à des récidives possibles de manifestations contagieuses. Dangereux actuellement, il reste dangereux pour l'avenir. Donc la prohibition de l'allaitement doit ne pas être actuelle et provisoire seulement; elle doit en plus *s'étendre à l'avenir*.

Ce précepte vous paraîtrait-il excessif, Messieurs ? Eh bien, pour vous convaincre du contraire, écoutez l'observation suivante, racontée par son auteur avec une abnégation qui l'honore, et très propre à servir de leçon en pareille occurrence.

Un de nos plus distingués confrères, chez lequel le caractère est à la hauteur du talent médical, le docteur B..., est mandé dans une famille pour examiner un tout jeune enfant qu'allaitait une nourrice. Il trouve l'enfant syphilitique et la nourrice encore saine. Immédiatement, bien entendu, il fait cesser l'allaitement, et institue pour le nourrisson un traitement approprié. Trois mois plus tard, à une époque où l'enfant ne présentait plus depuis longtemps la moindre trace de manifestations suspectes, notre estimé confrère juge la guérison assez confirmée, tout au moins la diathèse assez affaiblie, pour qu'il n'y ait plus risque de contagion, et il permet de confier l'enfant à une autre nourrice. Qu'arrive-t-il alors ? C'est que de nouveaux accidents se reproduisent à la bouche de l'enfant, et que *ces accidents contagionnent la nourrice !*

La morale de ce fait est aussi simple que formelle. Et cette morale, la voici, telle qu'elle nous est donnée en excellents termes par le médecin auquel j'ai emprunté ce qui précède :

« Alors même que, sous l'influence d'un traitement régulier et longtemps suivi, on a fait taire (chez un nourrisson syphilitique)

II. — Que si, au contraire, après trois mois ou mieux encore après quatre à cinq mois d'observation, rien de suspect ne s'est produit sur l'enfant, il y a de fortes présomptions (je dis présomptions, et rien de plus) pour qu'il ait échappé à l'influence héréditaire, tout au moins pour qu'il ait échappé à cette forme de syphilis héréditaire *précoce* qui est si redoutable pour la nourrice en raison de ses manifestations contagieuses. Et nous voici dès lors bien plus libres d'allures ; car, à dater de ce moment, trois solutions sont possibles :

1° Ou bien la mère pourra continuer à nourrir, avec l'assistance du biberon, devenu moins dangereux à cet âge ; — ce qui me paraît en l'espèce le meilleur parti, celui auquel je vous conseille de donner la préférence.

2° Ou bien l'allaitement pourra être poursuivi avec le biberon seul.

3° Ou bien, enfin, en cas de nécessité et sur des indications formelles relatives à l'état périclitant de l'enfant, l'allaitement par une nourrice pourra être permis, non toutefois sans que le médecin soumette encore le nourrisson à une surveillance mi-

les manifestations appréciables, *ces manifestations peuvent réapparaître à un moment donné....* J'ai donc à me reprocher d'avoir permis l'allaitement, croyant l'enfant guéri, d'avoir manqué de cet *excès de prudence* dont un médecin ne doit jamais se départir, et d'avoir été la cause des accidents qui se sont produits.... »

Rien de mieux dit. — Et que cela nous serve à tous d'avertissement, pour rester fidèles à cet « excès de prudence » si indispensable, si impérieusement imposé au médecin en pareil cas. » (*Nourrices et nourrissons syphilitiques*, Paris, A. Delahaye, 1878).

nutieuse, quotidienne, assidue, véritablement suffisante à écarter tout risque de contagion.

Croyez-le bien, messieurs, si de telles précautions étaient toujours observées à l'égard des nourrissons suspects d'hérédo-syphilis, le nombre des contaminations subies par les nourrices — nombre *énorme* et dépassant tout ce que vous pouvez croire[1] — diminuerait dans une proportion considérable.

Cela, j'en ai l'absolue conviction; cela, de plus, j'ai le droit de l'affirmer, pour avoir été mêlé déjà bien des fois, ou comme médecin ou comme expert commis par les tribunaux, à des démêlés ou à des procès entre parents d'enfants hérédo-syphilitiques et nourrices contaminées par ces enfants.

Et, en effet, sauf exceptions des plus rares, ce n'est pas de gaieté de cœur, ce n'est pas en pleine connaissance de cause que des parents syphilitiques confient à une nourrice un enfant susceptible de l'infecter. Très généralement ils ignorent de bonne foi le danger encouru par la nourrice; ils ne s'en doutent pas; et, comme règle très habituelle, c'est le plus inconsciemment du monde qu'ils deviennent les auteurs et les auteurs responsables du dommage fait à cette nourrice. Écoutez-les, le malheur arrivé, s'expliquant devant les experts commis par la justice; c'est toujours le même thème, identiquement,

1. J'en appelle ici aux statistiques de M. le Directeur général de l'Assistance publique, statistiques qui m'ont été communiquées, mais que je n'ai pas le droit de produire.

que répète le mari avec une naïveté, une sincérité non équivoque : « Est-ce que je savais, moi, que mon enfant pût hériter du mal que j'ai eu autrefois? Est-ce que je savais qu'il pût donner du mal à une nourrice? Si l'on m'avait prévenu de cela, certes je n'aurais pas pris de nourrice pour mon enfant; j'aurais dit à ma femme de le nourrir, ou je l'aurais fait élever au biberon; je ne me serais pas exposé à ce qui m'arrive actuellement. Ce qui m'arrive n'est assurément pas de ma faute; la *faute en est à mon médecin*, qui ne m'a rien dit, qui ne m'a pas averti, etc., etc. ».

Quelle leçon pour nous, Messieurs! Est-ce assez clair? Et ne ressort-il pas de là en toute évidence qu'il nous incombe, comme devoir professionnel et au nom de l'intérêt commun, l'obligation d'intervenir toutes les fois que nous en avons l'occasion et par tous les moyens dont nous pouvons disposer, en vue de conjurer ces ricochets de l'hérédité syphilitique?

XL

IV. — *Après l'accouchement.*

Enfin, l'enfant est né. — Quelles indications se présentent à remplir dans cette quatrième et dernière situation.

Ici, c'est de l'enfant presque exclusivement que

nous allons avoir à nous occuper, puisque, de par ce qui précède, tout a été réglé quant à l'allaitement.

Eh bien, deux éventualités sont alors possibles :

L'enfant est venu sain; — ou bien il est venu syphilitique.

De là, pour nous, deux ordres de situations à étudier.

Première alternative : L'enfant est venu sain, et une observation minutieuse, non moins que prolongée, n'a pas permis de surprendre sur lui le moindre symptôme suspect.

Donc, bien manifestement, rien à faire en pareil cas.

Toutefois, cet enfant, sur lequel nous n'avons rien découvert après une surveillance de plusieurs mois, voire d'une année, je suppose, sommes-nous en droit de le déclarer sûrement et absolument indemne de syphilis? Non. Car parfois (c'est un fait actuellement hors de conteste) l'hérédité syphilitique ne se manifeste qu'à long terme, dans un âge plus ou moins avancé. C'est là ce qu'on appelle la *syphilis héréditaire tardive*, laquelle, on le sait, peut avoir des échéances de 5, 10, 15, 20, 30 ans et plus au delà de la naissance.

Or, cette syphilis héréditaire tardive est par excellence une mauvaise syphilis, se traduisant par de grandes manifestations tertiaires, manifestations toujours importantes, souvent sérieuses, quelque-

fois très graves. Il peut en coûter cher de la méconnaître et conséquemment de ne pas lui appliquer le seul traitement qui lui convienne. Cela, par exemple, a coûté le nez à une petite fille que je voyais récemment en consultation et qui, traitée depuis un an avec un insuccès absolu pour un prétendu lupus scrofuleux, a guéri en quinze jours une fois qu'on a été renseigné sur les antécédents syphilitiques de son père, mais a guéri comme elle pouvait guérir après des destructions irréparables. Une telle méprise est même susceptible de conséquences bien autrement graves, alors que l'hérédité morbide intéresse quelque organe essentiel, tel que le foie, le rein, le cerveau, etc. Que d'enfants ou d'adolescents sont morts de lésions d'hérédo-syphilis restées méconnues, et restées méconnues pour cette seule raison qu'on n'a guère l'habitude — et bien à tort — de mettre en cause l'hérédo-syphilis comme facteur étiologique sur des sujets ayant dépassé la première ou la seconde enfance!

Aussi bien, en vue de conjurer de semblables éventualités, comme aussi de vous tenir en garde contre la part de responsabilité qu'on ne manquerait pas de vous en attribuer, n'oubliez jamais, Messieurs, dans l'ordre de cas actuellement en question, d'exposer au père la situation pronostique de l'enfant, et de la lui exposer telle qu'elle est pour vous, telle qu'elle est scientifiquement. Donc, « quant à présent, lui direz-vous, votre enfant est au mieux, et je le crois quitte à jamais des accidents que nous

redoutions pour lui. Mais l'avenir doit encore être réservé, car ce n'est pas un fait impossible pour l'hérédité syphilitique de se traduire dans un âge plus avancé, par exemple dans la seconde enfance ou l'adolescence, voire au delà. Soyez donc averti de cela; et, si votre enfant venait à présenter dans l'avenir quoi que ce soit d'anormal, s'il venait à être affecté de n'importe quelle lésion, ayez toujours bien soin de déclarer vos antécédents morbides au médecin qui le traitera (si ce n'est plus moi). Car, la notion de vos antécédents pourrait être indispensable à la guérison de cet enfant; sa vie même pourrait être à ce prix. »

Seconde alternative : L'enfant est venu syphilitique.

Dans ce cas, trois choses sont à faire, obligatoirement, et trois choses des plus simples :

1° Traiter l'enfant;

2° Traiter à nouveau le père ou les parents de l'enfant, car l'état syphilitique de l'enfant est un critérium de la non-guérison de ses ascendants.

3° En outre et tout naturellement, interdire une grossesse nouvelle, et cela jusqu'à l'époque où une dépuration suffisante sera acquise au prix de ce nouveau traitement.

XLI

M'engager plus avant, Messieurs, dans les indications prophylactiques ou thérapeutiques de l'hérédo-syphilis serait excéder les limites du sujet que je me suis tracé. Je n'ai, je ne dois avoir en vue que l'hérédité syphilitique; conséquemment, je m'abstiendrai de vous parler du traitement de la syphilis héréditaire.

Toutefois, il est diverses considérations qui me semblent constituer un complément naturel à l'exposé qui précède et que je désire vous soumettre avant de terminer notre sujet.

I. — Tout d'abord, j'appellerai votre attention sur un point essentiel. C'est que la syphilis héréditaire est très communément *viscérale;* elle est bien plus souvent viscérale qu'on ne le dit et qu'on ne le croit généralement.

En pratique, on pense avoir tout fait lorsque, ayant à examiner un petit enfant suspecté de syphilis héréditaire, on a exploré la peau, les muqueuses, les orifices naturels, les os. Et, si l'on n'a rien trouvé sur ces divers systèmes ou sur ces divers points, on s'empresse de conclure à la non-existence de la syphilis. Un tel examen a le défaut d'être radicalement incomplet; il n'est que partie de ce qu'il doit être. Restent les viscères, qu'il faut interroger

un à un, et cela non pas seulement quant aux signes physiques qui peuvent résulter de leur exploration, mais quant à leurs troubles fonctionnels. Car, je le répète, il est très habituel que l'hérédo-syphilis se traduise d'emblée par des lésions viscérales, et je n'ai pas à dire si de telles lésions l'emportent comme importance, comme gravité, sur celles des systèmes extérieurs.

II. — Ne perdez pas de vue non plus ce second point : La syphilis héréditaire peut être *exclusivement viscérale,* sans se traduire par aucun symptôme extérieur apparent.

J'ai vu plusieurs fois, par exemple, des enfants hérédo-syphilitiques mourir par le foie ou le cerveau, sans avoir jamais rien présenté à la peau, sur les muqueuses, sur les os.

Que de surprises d'autopsie n'aurais-je pas à vous raconter à ce sujet, relativement à des enfants chez lesquels l'examen extérieur n'avait rien révélé de suspect pendant la vie, et sur lesquels on découvrait à l'amphithéâtre telle ou telle lésion viscérale restée absolument méconnue! Et pourquoi cette lésion était-elle restée méconnue? Le plus souvent parce que l'absence de manifestations extérieures avait semblé exclure la possibilité, la vraisemblance d'une infection héréditaire.

III. — Notez, d'autre part, que les symptômes qui servent d'expression à la syphilis viscérale

héréditaire n'ont jamais *rien de spécial*, en dépit de leur spécificité d'origine. Ces symptômes sont purement et simplement des troubles fonctionnels de l'organe affecté, et rien de plus; troubles vulgaires, troubles d'ordre banal, et, par conséquent, exposés comme tels à rester incompris en tant qu'expressions d'une lésion spécifique. D'où il suit que le diagnostic de spécificité ne pourra être établi en pareille occurrence que par la notion des antécédents de famille et d'après le calcul de probabilités que voici : Un enfant est affecté de troubles fonctionnels traduisant une lésion viscérale, une méningite, par exemple; — or, cet enfant peut être ou est en puissance de syphilis héréditaire; — donc, il est possible que sa lésion cérébrale soit de nature syphilitique.

Sans doute ce n'est là — je reprends le mot à dessein — qu'un simple calcul de probabilités. Mais, ne disposant et ne pouvant disposer de rien de plus significatif, force nous est bien de nous satisfaire de telles données et d'instituer sur elles tout à la fois le diagnostic et le traitement. Exiger plus, exiger un signe spécifique, pour se décider au traitement spécifique, ce serait priver le malade du seul ordre de remèdes qui puisse lui être utile, ce serait en nombre de cas — disons le mot — *attendre l'autopsie pour faire le diagnostic*[1].

1. C'est là un point sur lequel je ne cesse d'insister et de batailler (qu'on me passe le mot), en raison de son énorme importance pratique. Et cette vérité si simple, si banale, je ne puis parvenir à

IV. — Sachez encore que, chez l'enfant et surtout chez le tout petit enfant, l'ensemble sympto-

la faire triompher. Quantité de nos confrères se refusent à prescrire le traitement spécifique en pareille occurrence, tant qu'ils n'ont pas sous les yeux la démonstration *objective* de la syphilis. Comme si la syphilis était astreinte à s'accuser toujours par des symptômes extérieurs; comme si elle était assujettie à se traduire, en sa qualité de maladie spécifique, par des symptômes spécifiques! Tout au contraire, bien souvent, très souvent, elle ne se traduit que par des symptômes d'ordre vulgaire, par des troubles fonctionnels n'ayant rien que d'absolument vulgaire.

J'insisterai par un exemple; et cet exemple, je ne saurais mieux faire que de l'emprunter à la plus grave des manifestations de la syphilis acquise ou héréditaire, à savoir l'encéphalopathie spécifique. Est-ce que cette encéphalopathie a le moindre symptôme propre? Qu'il me soit permis de reproduire ici ce que j'en disais, dans une autre série de conférences, à propos précisément de ses formes héréditaires :

« L'étude diagnostique qui précède vient de mettre en évidence ce fait majeur, capital en ce qui nous concerne, à savoir : que la syphilis cérébrale héréditaire *n'a pas de symptômes propres*. Elle n'a quoi que ce soit de spécial, je ne saurais assez le dire et le répéter. Tous les phénomènes par lesquels elle se traduit sont ceux qui servent d'expressions à nombre d'autres encéphalopathies vulgaires ou plutôt à toutes les encéphalopathies possibles, de n'importe quelle nature.

Et comment en serait-il autrement? Le cerveau, en effet, ainsi que je vous le disais à propos de la syphilis cérébrale de l'adulte, n'est qu'un instrument, une machine, qui, lésée dans un de ses rouages par une cause quelconque, traduit ce trouble par un seul et même ordre de phénomènes, à savoir par un désordre ou un arrêt des fonctions qui lui sont dévolues. Il en est du cerveau comme d'une montre, suivant la spirituelle comparaison d'un auteur anglais, Th. Buzzard : « Les roues d'une montre peuvent aussi bien être arrêtées par un cheveu que par un grain de sable, et le désordre qui surgit reste toujours le même, quelle que soit la cause qui l'ait produit, que ce soit le grain de sable ou le cheveu qui ait lésé la montre. » Eh bien, il en est de même pour le cerveau. Que ce soit une gomme syphilitique, un cancer, un tubercule, etc., qui comprime un vaisseau ou désorganise un centre cérébral, les troubles qui en résultent sont toujours les mêmes,

matologique qui traduit une lésion viscérale est souvent tellement vague, tellement incertain, tellement

n'importe la qualité de la lésion. Ce ne sont jamais que des désordres fonctionnels qui traduisent une lésion du cerveau; et, le cerveau n'ayant pas de fonctions variables à troubler suivant telle ou telle maladie qui l'affecte, il suit de là qu'au total il manifeste toujours ses souffrances de la même façon, quelle que soit la cause morbide qui l'offense.

Cela, n'est-il pas vrai? ne fait pas l'ombre d'un doute. Eh bien, cette vérité banale, que chacun admet en principe, est méconnue à chaque instant dans la pratique. J'en pourrais citer maints exemples pour ma seule part. Est-il question, dans un cas particulier, de rapporter à la syphilis les divers troubles cérébraux qui viennent de nous occuper, vous ne manquerez jamais de rencontrer un interlocuteur pour vous dire : « Mais de quel droit mettre ici en cause la syphilis? Qu'est-ce que ces troubles *ont de spécial*? En quoi démontrent-ils que nous ayons affaire à la syphilis? Etc., etc. » Comme si la syphilis cérébrale, contrairement à ce qu'enseignent à la fois la théorie et la pratique, ne pouvait, ne devait être diagnostiquée que d'après des symptômes qui lui fussent propres!

Répétons donc une fois encore, puisqu'il le faut, puisque cette vérité est d'une vulgarisation si difficile, que la syphilis cérébrale — de provenance héréditaire ou acquise, peu importe — n'a pas et ne saurait avoir de symptômes propres ; — que nous devons nous résigner à la diagnostiquer d'après des symptômes communs, absolument vulgaires; — et que s'obstiner à réclamer d'elle quoi que ce soit de spécial, c'est en attendre ce qu'elle ne peut donner, ce qu'elle ne produit et ne produira jamais.

Or, si la syphilis héréditaire du cerveau n'a rien de spécial au point de vue clinique, comment donc pourra-t-elle être reconnue ou soupçonnée ?

Une seule considération — une seule, entendez-le bien, Messieurs — servira ici d'élément diagnostique. C'est la notion des *antécédents spécifiques héréditaires*.

On n'arrive jamais à diagnostiquer la syphilis cérébrale héréditaire — comme celle de provenance acquise, du reste, — que d'après les antécédents spécifiques. On n'arrive jamais à instituer ce diagnostic qu'en raisonnant de la façon suivante : Voici un malade certainement affecté d'une lésion cérébrale; — or, ce malade est en puissance de syphilis; — donc il est possible que sa lésion cérébrale soit de nature syphilitique.

« flou » (passez-moi le mot) qu'il se réduit à ceci : des signes de dépérissement progressif et rapide, d'athrepsie, d'émaciation. L'enfant perd l'appétit, ne tette plus, rejette le peu de lait qu'on lui fait ingérer à grand'peine, prend la diarrhée, diminue de poids chaque jour, s'étiole, se sénilise, tombe dans le marasme et s'éteint. Puis, à l'autopsie, on n'est pas médiocrement surpris de rencontrer telle ou telle lésion viscérale spécifique qu'il a été absolument impossible de localiser, de soupçonner même pendant la vie.

V. — Aussi bien — disons-le au passage, la chose en vaut la peine — l'invasion, sur un enfant suspect d'hérédo-syphilis, de symptômes attestant un *dépérissement aigu* et *non motivé* devient-elle presque une indication spéciale à mettre en œuvre le traitement spécifique. Si ce n'était sortir du cadre de mon sujet,

Sans doute un diagnostic de cet ordre, reposant sur une relation *simplement possible* entre un effet et une cause, n'offre pas les garanties d'un diagnostic basé sur un symptôme précis, sur un signe formel. Mais que voulez-vous? Nous n'avons pas mieux, et force est bien de nous satisfaire de ce que la clinique met à notre disposition. Exiger plus, vouloir « autre chose », comme le réclament certains de nos confrères, pour nous décider à diagnostiquer une syphilis cérébrale et à lui appliquer le traitement qu'elle réclame, serait nous condamner — ou plutôt condamner nos malades — à ne la diagnostiquer jamais et à ne la traiter jamais, pratique négative dont vous savez le résultat.

Donc, en l'espèce, tout est dans la détermination des antécédents morbides. Le malade est-il ou non en puissance de syphilis? voilà la question à résoudre, la question qu'il faut absolument résoudre, et dont la solution constitue la base même du diagnostic. » (*Syphilis héréditaire tardive*, p. 516.)

j'aurais à vous citer des cas nombreux à l'appui de cette proposition quasi-paradoxale, mais vérifiée cliniquement. Un seul fera foi.

Rappelez-vous un petit enfant que nous avions dans le service il y a quelques mois. Né d'une mère syphilitique et en pleine période secondaire, il n'avait encore présenté à six semaines aucun symptôme d'infection héréditaire, lorsque, presque subitement, il se mit à maigrir, à s'étioler, à refuser le sein, à vomir, à prendre la diarrhée, à perdre de son poids dans les proportions les plus alarmantes. Il s'acheminait hâtivement vers une terminaison fatale, et cela sans troubles fonctionnels spéciaux attestant la souffrance de tel organe plutôt que de tel autre. Eh bien, le traitement spécifique (frictions mercurielles et iodure) a coupé court, comme par enchantement, à cette déchéance vitale; il a rétabli, il a guéri l'enfant en moins d'une quinzaine!

La morale de ceci, je le répète, c'est que, sur un enfant même simplement suspect d'hérédo-syphilis, il peut y avoir indication au traitement spécifique dans le seul fait d'une athrepsie aiguë survenue sans cause et sans lésions appréciables.

VI. — Autre question, d'un genre différent.

La règle ou tout au moins la coutume est de n'instituer le traitement spécifique sur un enfant suspect d'hérédo-syphilis qu'après l'invasion de symptômes attestant ou rendant vraisemblable l'infection hé-

réditaire. Cela est ou du moins semble logique, car, de l'aveu commun, l'hérédité n'a rien de fatal.

Mais n'est-il pas des conditions où il est permis, voire prudent, voire indiqué, de déroger à la règle, à l'habitude? Qu'arrive-t-il en effet pour nombre de cas? Ceci : Un enfant est né chétif, petiot, peu résistant, à la façon des enfants hérédo-syphilitiques. Cependant, bien qu'issu de souche syphilitique, il ne présente rien de syphilitique. Alors et pour ce motif, on s'abstient du traitement spécifique; on attend. Puis survient l'orage syphilitique qui exténue l'enfant, l'athrepsie, l'étiole, et l'emporte en quelques semaines.

N'aurait-on pas mieux fait d'intervenir *préventivement*, et cela au cours de cette période latente qui a préludé à la grande poussée? Sans nul doute, et l'on aurait agi en ce sens, on serait intervenu, « si l'on eût pu prévoir », comme on le confesse après coup. Mais n'est-il pas des cas où la prévision de la bourrasque héréditaire est une prophétie plus que facile? N'est-il pas des cas où l'hérédité s'impose, où l'hérédité est pour ainsi dire fatale, comme ceux, par exemple, où un enfant a été procréé par une femme en pleine période secondaire, en pleine crise aiguë de syphilis?

Eh bien, dans les cas de cet ordre, c'est-à-dire alors que l'hérédité est non pas une éventualité possible, mais une quasi-certitude, voire une certitude à peu près formelle, il y a indication, je pense, à intervenir *préventivement*.

Cette méthode préventive, qui consiste à traiter l'enfant suspect d'hérédo-syphilis avant l'invasion apparente des accidents d'infection héréditaire, est, sans contredit, rationnelle en principe. De par expérience, je la crois bonne et la recommande à l'attention de mes confrères.

Moi aussi, j'en fais l'aveu, j'ai commencé, comme tout le monde, par obéir à la tradition, c'est-à-dire par n'instituer le traitement qu'après diagnostic confirmé, qu'après explosion patente de la syphilis chez l'enfant. Mal m'en a pris. Aussi ai-je été conduit, et cela par de nombreux insuccès que je regrette, à modifier ma ligne de conduite. Aujourd'hui j'interviens *avant* les accidents, et, si ce n'était sortir de mon sujet, j'aurais à vous citer bon nombre de résultats favorables que j'ai déjà retirés de cette pratique.

VII. — Enfin, ce qui n'est pas douteux, c'est que le traitement de la syphilis héréditaire doit être, comme direction et comme durée, calqué sur le traitement de la syphilis acquise de l'adulte.

Et, si je précise ce dernier précepte par lequel je terminerai cet exposé, c'est qu'il y est fait en pratique de fréquentes, voire d'incessantes infractions. J'en appelle à vos souvenirs. Est-ce l'usage que les enfants hérédo-syphilitiques, après guérison des accidents pour lesquels on les a traités, soient soumis derechef à une série de cures préventives, à l'instar de ce que l'on a coutume de faire pour

l'adulte? Non, très certainement non. Quand un enfant a été guéri de ses manifestations, quand il n'a plus rien d'apparent, on s'applaudit, on croit volontiers que tout est fini, et, pour une raison ou pour une autre, on n'insiste pas sur le traitement; voilà le fait, voilà ce qui se passe en pratique, sinon absolument toujours, au moins 9 fois sur 10, d'après mes observations.

Eh bien, je dis que cette pratique, cette coutume, cette routine est mauvaise, détestable, déplorable, parce que j'ai pu en apprécier le résultat usuel. Ce résultat, c'est la réapparition presque fatale d'autres accidents, à échéance plus ou moins distante de la pseudo-guérison première, c'est-à-dire quelques années, 5, 10, 15, 20 années plus tard. De cela les exemples foisonnent et ne sont plus à citer.

Pourquoi donc ne pas traiter un enfant hérédo-syphilitique comme on traite un adulte? Pourquoi, après l'avoir guéri de ses manifestations actuelles, ne pas essayer, en plus, de le préserver des manifestations à venir, lesquelles, nous ne le savons que trop, sont de l'ordre des éventualités presque certaines? Est-ce que la syphilis a deux façons de guérir, l'une pour l'adulte au prix d'un long traitement, et l'autre pour l'enfant avec un traitement de quelques semaines ou de quelques mois?

Et, puisqu'il est démontré que la syphilis de l'adulte a pour habitude, presque pour loi, de ne guérir que lentement et progressivement, sous l'in-

fluence d'une médication longuement poursuivie, d'une sorte de dépuration chronique exigeant au moins plusieurs années, l'analogie et le bon sens ne donnent-ils pas à préjuger qu'un traitement de même ordre est nécessaire, indispensable à la guérison de la syphilis chez l'enfant?

Or, cette induction rationnelle, l'expérience clinique la confirme.

Et, au total, le traitement de la syphilis héréditaire ne saurait différer de celui qui, dans la syphilis acquise, réalise je n'oserai dire la guérison (car je n'ai pas le droit de prononcer ce mot), mais le silence indéfini de la diathèse.

Voilà, messieurs, l'ensemble des indications prophylactiques ou thérapeutiques que j'avais à cœur de vous soumettre relativement aux conséquences possibles de l'hérédité syphilitique; — indications multiples et diverses, mais se rattachant toutes (vous devez en être convaincus maintenant) à des questions essentiellement pratiques et d'un intérêt journalier, permanent.

J'ai achevé.

Étudier en elle-même l'hérédité syphilitique; — en rechercher les origines, les sources; — déterminer à quelles étapes de l'infection elle est le plus redoutable et quelles influences sont susceptibles

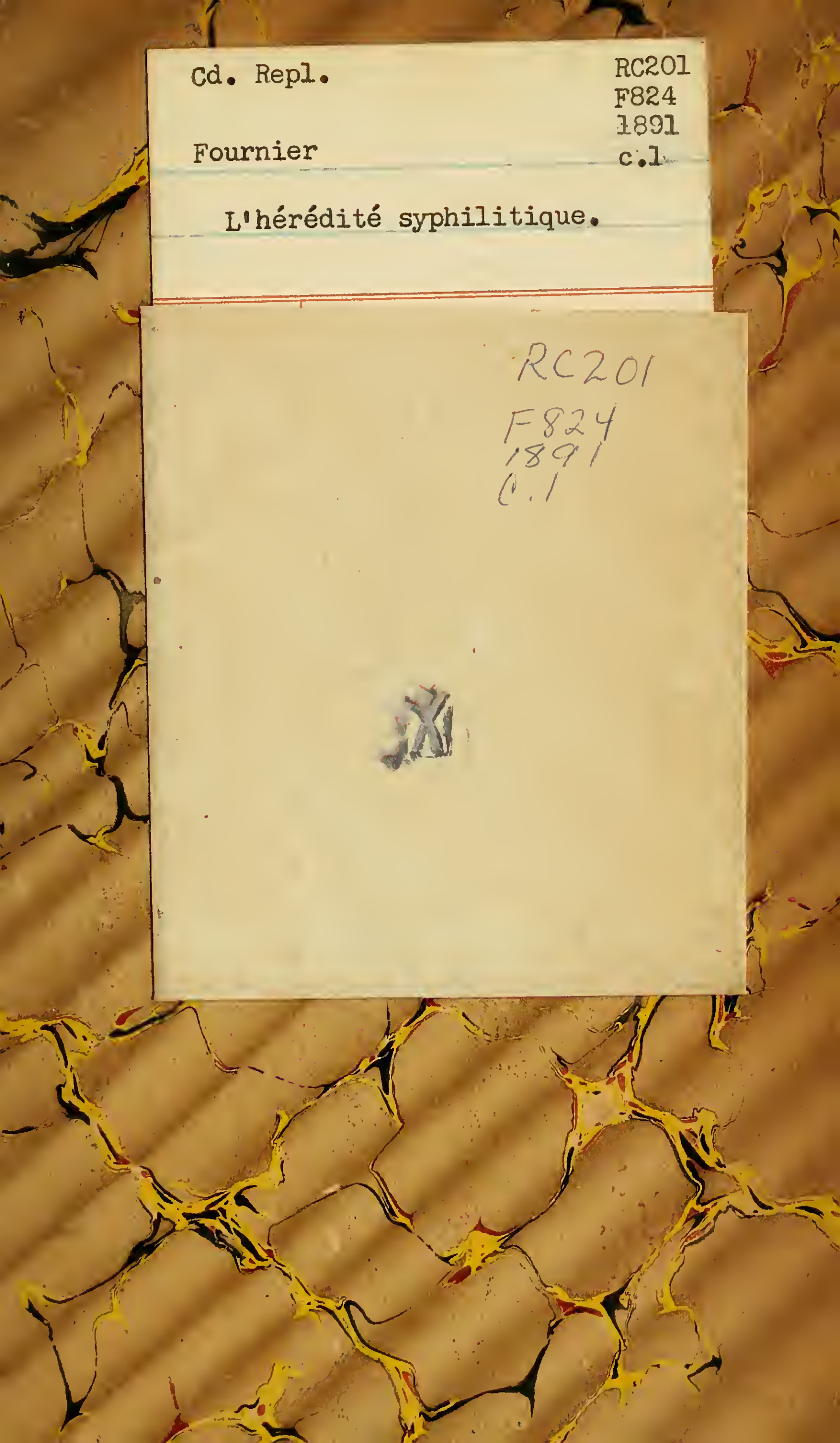
de la modifier; — vous en signaler les lamentables conséquences; — finalement et surtout, vous montrer de quels moyens nous disposons pour la restreindre, l'atténuer, voire la neutraliser; — tel était le programme que je m'étais imposé en commençant ces conférences. Et tel est le labeur auquel, dans l'exposé qui précède, mes efforts ont tenté de satisfaire.

TABLE DES MATIÈRES

Erratum. — Page 85, ligne 4 : Au lieu de « 80 pour 100 », lisez : 75 pour 100.

21942. — Imprimerie Lahure, rue de Fleurus, 9, Paris.




Cd. Repl.
RC201
F824
1891
c.1
Fournier
L'hérédité syphilitique.
RC201
F824
1891
C.1

